MARIUS MILCU

CERCETAREA APLICATIVĂ ÎN PSIHOLOGIA MODERNĂ: PREMISE METODOLOGICE

CUPRINS

CUPRINS 7
INDEX DE AUTORI 8

Partea I-a: PSIHOLOGIE EDUCAŢIONALĂ: CERCETARE ŞI EDUCAŢIE 11

Cap. I. Dan Paşca. Explorarea relaţiei dintre empatie şi personalitate în adolescenţă 13
Cap. II. Viorel Mih, Codruţa Mih. Ameliorarea procesului generării de inferenţe punte la elevii cu dificultăţi de înţelegere 19
Cap. III. Claudia-Doina Grec. Program de intervenţie psihopedagogică la elevii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate 23
Cap. IV. Georgeta I. Mihai. Natura valorilor si relativitatea lor 29
Cap. V. Anca Elena Pană, Dorina Login. De ce un screening al problemelor emoţionale şi comportamentale în mediul şcolar? 35

Partea a II-a: PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI A SĂNĂTĂŢII 41

Cap. VI. Catrinel Crăciun, Adriana Băban, Dan L. Dumitraşcu. Asistarea psihologică a pacienţilor cu tulburări digestive funcţionale 43
Cap. VII. Anda Madar. Evaluarea vulnerabilităţii cognitive pentru depresia postpartum: o analiză sistematică 48
Cap. VIII. Anda Madar. Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum: un studiu explorator 58
Cap. IX. Oana Ghimbuluţ, Lavinia Damian, Adriana Băban. Rezilienta: regăsirea echilibrului emoţional în contact cu trauma 68
Cap. X. Gabriela Dima, Mihaela Dana Bucuţă. „Îmbrăţişând schimbarea": în căutarea sensului vieţii 73
Cap. XI. Camelia Maria Dindelegan, Monika Majoros Garofeanu, Crina Talpos, Florina Serac Popa. Studiu comparativ privind schemele cognitive dezadaptative ale persoanelor cu tulburare depresivă şi persoane nonclinice vs. persoane diagnosticate cu tulburare de dependenţă etilică 79
Cap. XII. Denisa Teodora Călin. Utilitatea aşteptată, comparaţia socială şi disponibilitatea de a dona. O abordare experimentală 86
Cap. XIII. Celestina Dolcescu Boldi. Relaţia dintre temperament şi evenimentele amintite. Cercetare-pilot 94
Cap. XIV. Simona Marica. Necesitatea consilierii familiei copilului diagnosticat cu tulburare din spectrul autismului 100

Partea a III-a: PSIHOLOGIA MUNCII ŞI ORGANIZAŢIONALĂ: ASPECTE SOCIALE ALE MEDIULUI DE MUNCĂ 105

Cap. XV. Roxana Aldea-Capotescu, Corina Doroga. Diagnoza stresului într-o companie producătoare de materiale de construcţii 107
CAP. XVI. Laura Cioienaru, Adrian Brate. Stres ocupaţional, performanţă şi satisfacţie la angajaţii dintr-o organizaţie cu profil transporturi 115
Cap. XVII. Dan Florin Stănescu, Cătălina Andra Roşca. Rolul dominantelor interpersonale ale personalităţii în selecţia managerilor publici 120
Cap. XVIII. Alina Teodorescu, Adrian Brate. Diagnoza percepţiei comportamentului contraproductiv. Elaborarea unui instrument de cercetare 128

Partea a IV-a: PSIHOLOGIE EXPERIMENTALĂ ŞI METODOLOGIE DEZVOLTAREA UNOR NOI METODE DE CERCETARE ŞI INTERVENŢIE 137

Cap. XIX. Loredana Drobot. Cercetarea cantitativă şi calitativă în psihologie. consiliere şi psihoterapie 139
CAP. XX. **Loredana Drobot**. Abordare istorică a cercetării calitative în consiliere şi psihoterapie 143
CAP. XXI. **Mihai Valentin Ciolacu**. Metodologia construirii unor probe de testare psihologică 147
Cap. XXII. Roxana Cerasela Sîrbu. Evaluare psihologică în tulburarea depresivă majoră recurentă – studiu de caz 151

Partea a V-a: PSIHOLOGIE JUDICIARĂ, CRIMINALISTICĂ ŞI PENOLOGICĂ 155

Cap. XXIII. Marius Milcu. Cunoştinţe şi abilităţi specifice în psihologia judiciară. Implicaţii privind formarea specialiştilor judiciari 157
Cap. XXIV. Marius Milcu. Psihologia grupurilor mici în mediul infracţional. Studiu de caz 162
Cap. XXV. Marius Milcu. Analiza psiho-dinamică a grupului infracţional 171

Partea a VI-a: ALTELE / DIVERSE 177

Cap. XXVI. Olivia Ciubotariu, Violeta S. Rotărescu. Relaţia dintre lateralitatea cerebrală/ corporală şi trăirea afectivă 179
Cap. XXVII. Olivia Ciubotariu, Violeta S. Rotărescu. Perspective teoretice asupra lateralităţii 186
Cap. XXVIII. Corina Doroga, Roxana Aldea-Capotescu, Adriana Baban. Incidentele traumatice „persoană sub tren": consecinţe psihologice pentru personalul de pe locomotivă 195

BCU "SETTRA" UNIVERSITY LIBRARY

INDEX DE AUTORI

ALDEA-CAPOTESCU, Roxana
Centrul de Studii Organizaţionale Avansate — 107, 195

BĂBAN, Adriana
Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei,Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 43, 68, 195

BRATE, Adrian Tudor
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu — 115, 128

BUCUŢĂ, Mihaela Dana
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu — 73

CĂLIN, Denisa Teodora
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu — 86

CIOIENARU, Laura
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu — 115

CIOLACU, Mihai Valentin
Universitatea din Bucureşti — 147

CIUBOTARIU, Olivia
Universitatea din Bucureşti — 179, 186

CRĂCIUN, Catrinel
Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca — 43

DAMIAN, Lavinia
Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 68

DIMA, Gabriela
Universitatea „Transilvania", Braşov — 73

DINDELEGAN, Camelia Maria
Universitatea din Oradea — 79

DOLCESCU BOLDI, Celestina
Facultatea de Psihologie, Universitatea Hyperion, Bucureşti — 94

DOROGA, Corina
Spitalul Clinic CF Cluj-Napoca — 107, 195

DROBOT, Loredana
Universitatea "Eftimie Murgu" din Reşiţa — 139, 143

DUMITRAŞCU, Dan L.
Universitatea de Medicină şi Farmacie, Iuliu Haţieganu, Cluj-Napoca — 43

GHIMBULUŢ, Oana
Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 68

GREC, Claudia-Doina
Centrul Şcolar pentru Educaţie Incluzivă Nr.1. Tîrgu-Mures — 23

LOGIN, Dorina
Centrul de Sănătate Mintală Deva — 35

MADAR, Anda
Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei,Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 48, 58

MAJOROS GAROFEANU, Monika
Majoros Garofeanu Monika – Cabinet Individual de Psihologie — 79

MARICA. Simona
Universitatea Spiru Haret – Bucureşti — 100

MIH, Codruţa
Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 19

MIH,Viorel
Universitatea „Babes-Bolyai", Cluj-Napoca — 19

MIHAI, Georgeta I.
Institutul Teologic Adventist – Cernica, Romania — 29

MILCU, Marius
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu — 157, 162, 171

PANĂ, Anca Elena
Şcoala cu clasele I-VIII "Horea" Cluj-Napoca — 35

PAŞCA, Dan
Şcoala Generală Nr. 3 „Gheorghe Lazăr" Braşov — 13

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ROŞCA, Cătălina Andra 120
Universitatea din Bucureşti
ROTĂRESCU, Violeta S. 179, 186
Universitatea din Bucureşti
SERAC POPA, Florina 79
Spitalul Clinic Municipal Dr. Gavril Curteanu – Oradea
SÎRBU, Roxana Cerasela 151
Spitalul Clinic de NeuroPsihiatrie, Clinica II Psihiatrie
STĂNESCU, Dan Florin 120
Şcoala Naţională de Studii Politice şi Administrative, Bucureşti
TALPOS, Crina 79
Universitatea din Oradea
TEODORESCU, Alina 128
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea I-a:
PSIHOLOGIE EDUCAȚIONALĂ:
CERCETARE ȘI EDUCAȚIE

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

EXPLORAREA RELAŢIEI DINTRE EMPATIE ŞI PERSONALITATE ÎN ADOLESCENŢĂ

DAN PAŞCA
Şcoala Generală Nr. 3 „Gheorghe Lazăr" Braşov, danpasca2000@yahoo.com

ABSTRACT: A comparison between the scores of Romanian teenagers and the scores of American students for the Davis Interpersonal Reactivity Index (IRI) subscales shows significant differencees of means for perspective taking, empathic concern and fantasy subscales (for males), and for empathic concern and personal distress subscales (for females). For Romanian teenagers, as well as for American students, significant differences between males and females were found for each of the four IRI's subscales, with women displaying higher scores than men in each case. For Romanian teenagers, the Pearson's correlation coefficients between the Davis IRI's subscales scores and the Cattell's HSPQ personality factors scores shows only a few moderate relationships between the cognitive and emotional dimensions of empathy and the personality traits.
Key words: cognitive and emotional dimensions of empathy, personality traits, adolescence.

1. INTRODUCERE

Scopul general al cercetării de faţă este măsurarea dimensiunilor cognitive şi emoţionale ale empatiei, studiul comparativ al scorurilor adolescenţilor români la scalele Indexului Reactivităţii Interpersonale - Davies, care măsoară aceste dimensiuni, cu scorurile studenţilor la psihologie americani, pe baza cărora a fost etalonat acest instrument în SUA, şi investigarea relaţiei acestor dimensiuni ale empatiei cu trăsăturile de personalitate măsurate cu ajutorul chestionarului H.S.P.Q. de personalitate - Cattell.

2. ASPECTE TEORETICE

Empatia a fost definită de Davies (1983) ca o combinaţie între „asumarea cognitivă a rolului celuilalt" şi „experienţa de substituire emoţională în stările altuia". El a considerat că empatia are o *latură cognitivă*, răspunzătoare de „acurateţea percepţiei" celorlalţi, trăirea de către o persoană a sentimentelor altuia „ca şi cum" ar fi ale sale, şi o *latură emoţională*, care explică cum ia naştere „împărtăşirea" emoţiilor (Davies, 1996). De aceea, a apreciat că un instrument destinat măsurării empatiei ar trebui să vizeze evaluarea separată a tendinţelor şi capacităţilor cognitive de adoptare a perspectivei altei persoane, pe de o parte, şi a reactivităţii emoţionale a indivizilor, pe de altă parte. Fără estimări separate ale acestor calităţi contribuţiile independente şi interactive ale acestora nu ar putea fi evaluate.

Dintre cercetătorii români interesaţi de relaţia dintre empatie şi personalitate, Stroe Marcus (1997) este cel care a făcut cele mai concrete şi consistente demersuri de cercetare, în acest sens. Acesta a descris empatia ca fiind o „abilitate specific umană de transpunere psihologică a eului în psihologia celuilalt" (Marcus, 1997, 11), precizând că „punctul nodal al conceptului de empatie îl reprezintă conduita **retrăirii** (sublinierea autorului) stărilor, gândurilor, acţiunilor celuilalt, de către propria persoană prin intermediul unui proces de transpunere subtitutivă în psihologia partenerului" (Marcus, 1997, 17).

În acord cu opiniile exprimate de Davies, Marcus a considerat că empatia antrenează simultan planuri, cognitive, afective, motivaţionale, ca şi planuri bazal-fiziologic-vegetative, ceea ce pledează pentru a o aborda ca pe un construct multidimensional, ce acoperă practic întreaga sferă a vieţii psihice a individului. Devine, astfel, firească preocuparea autorului pentru investigarea relaţiei empatie-personalitate, dată fiind marea anvergură şi caracterul multidimensional al ambelor constructe psihologice. Ipoteza pe care a încercat să o demonstreze a fost aceea că empatia este o „trăsătură comună şi definitorie a personalităţii umane" (Marcus, 1997, 68). Ca ipoteze adiacente, a susţinut că la baza fenomenului empatic s-ar afla o „structură fundament", cu originea în predispoziţiile ereditare ale omului şi care se organizează pe baza experienţei şi este perfectibilă prin educaţie. Fiind un construct multidimensional, empatia ar acoperi întregul sistem psihic uman (atât la nivel inconştient, cât şi la nivel conştient). Empatia are şi o „funcţie performanţială", ea poate deveni o aptitudine specială, ce asigură eficienţa în activităţi din sfera relaţiilor interpersonale. Între capacitatea empatică, ca potenţialitate psihologică, şi comportamentul empatic, relaţiile pot fi nu doar convergente, ci şi divergente, în funcţie de circumstanţe şi, mai ales, de conduita empatică a partenerilor. Empatia se manifestă în interacţiune cu alte trăsături ale personalităţii şi favorizează manfiestări simpatetice de tipul ajutorării semenilor. Ca trăsătură consolidată de personalitate, empatia se exprimă printr-un „stil empatic de personalitate".

Pentru investigarea empatiei ca aptitudine Marcus a realizat cercetări experimentale care au vizat manifestarea acesteia în domenii diferite, precum actoria, creaţia literară, învăţământul şi medicina, utilizând, ca instrument de măsurare a empatiei, chestionarul de empatie emoţională Mehrabian-Epstein. Pentru studiul relaţiei dintre empatie şi alte variabile de personalitate, Marcus a avut în vedere simpatia, orientarea „helping" (altruismul), cunoaşterea interpersonală. stilul cognitiv interpersonal. În final. a investigat rolul experienţei empirice şi al antrenamentului dirijat în „maturizarea empatică". În baza unor argumente, atât de ordin teoretic, cât şi de ordin experimental, autorul a concluzionat că empatia

poate fi definită ca o trăsătură de personalitate ce se exprimă în comportament sub forma unui stil empatic.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Primul obiectiv al cercetării a fost acela de a constata dacă există diferenţe semnificative între mediile scorurilor realizate de adolescenţii din România la cele 4 scale ale Indexului Reactivităţii Interpersonale al lui Davies şi mediile scorurilor realizate de studenţii la psihologie din Statele Unite (populaţia pe care a fost etalonat acest instrument). *Al doilea obiectiv* a fost acela de a explora care este relaţia dintre scorurile realizate de adolescenţii din România la cele 4 scale ale Indexului Reactivităţii Interpersonale şi scorurile realizate de ei la factorii de personalitate primari ai Chestionarului de personalitate H.S.P.Q. al lui Cattell.

Într-o primă etapă a cercetării, au fost aplicate (administrare colectivă la nivelul a două clase a XI-a ale Colegiului Economic „Andrei Bârseanu" din Braşov), unui număr de 53 de adolescenţi cu vârste cuprinse între 16 şi 18 ani (39 de fete şi 14 băieţi), Indexul Reactivităţii Interpersonale al lui Davies şi Chestionarul de personalitate H.S.P.Q. al lui Cattell.

În opinia lui Davies, majoritatea scalelor de empatie existente (cele mai cunoscute fiind *Scala de empatie* a lui Hogan, *Testul de intuiţie şi empatie* al lui Dymond şi *Chestionarul de măsurare a empatiei emoţionale* al lui Mehrabian şi Epstein), deşi cuprind itemi din ambele categorii, combină răspunsurile într-un scor global al empatiei. Din acest motiv, a creat un instrument pentru măsurarea empatiei, *Indexul Reactivităţii Emoţionale*, ce conţine, în total, 28 de itemi, repartizaţi în 4 subscale, de câte 7 itemi fiecare.

Primele două subscale, care vizează *latura cognitivă* a empatiei, sunt: *scala abordării perspectivei* (SP), ce evaluează încercările spontane de a adopta perspectivele altor oameni şi de a privi lucrurile din punctul de vedere al acestora şi *scala de imaginaţie* (SI), ce evaluează tendinţa de identificare cu personajele din filme, romane, piese de teatru şi din alte situaţii ficţionale. Celelalte două subscale, care vizează *latura emoţională* a empatiei, sunt: *scala de preocupare empatică* (PE), ce evaluează sentimentele de cordialitate, compasiune şi preocupare faţă de alţii şi *scala distresului personal* (DP), ce evaluează sentimentele personale de anxietate şi disconfort rezultate din urmărirea experienţelor negative ale altora.

Itemii indexului constituie afirmaţii. în raport cu care subiectul trebuie să îşi exprime poziţia, pe o scală Lickert în 5 trepte, de la „nu mă descrie bine" până la „mă descrie foarte bine". În funcţie de poziţionarea lor pe scală, răspunsurile la itemi pot primi între 0 şi 4 puncte. De menţionat că există şi itemi cotaţi invers.

Pentru exemplificare, iată câte doi itemi pentru fiecare scală, dintre care primul cotat direct, iar al doilea invers:

scala abordării perspectivei (SP)

9. Încerc să privesc la poziţia fiecăruia intr-un dezacord, înainte să iau o decizie.

15. Dacă sunt sigur(ă) că am dreptate cu privire la ceva, nu pierd mult timp ascultând argumentele altor oameni.

scala de imaginaţie (SI)

1. Visez cu ochii deschişi şi fantazez, cu o anumită regularitate, despre lucruri care mi s-ar putea întâmpla.

7. Sunt, de obicei, obiectiv(ă) când când văd un film sau o piesă de teatru şi adesea nu sunt complet absorbit(ă) de acestea.

scala de preocupare empatică (PE)

2.Am adesea sentimente de preocupare şi de grijă pentru oameni cu mai puţină şansă decât mine

14. Nenorocirile altor oameni nu mă tulbură, de obicei, în mare măsură.

scala distresului personal (DP)

6. În situaţii de urgenţă, mă simt neliniştit(ă) şi nu prea în largul meu.

7. Când văd pe cineva care se răneşte, tind să rămân calm(ă).

Pentru fiecare dintre cele 4 subscale se calculează un scor brut (obţinut prin însumarea punctelor acordate fiecărui item al scalei), scor care poate varia între 0 şi 28.

Davies a stabilit că cele 4 subscale sunt slab intercorelate şi, deci, independente. Cu alte cuvinte, scorurile obţinute de subiecţi la o anumită subscală nu pot constitui predicţii pentru scorurile obţinute la celelalte subscale.

După cum a arătat Minulescu (1996), Chestionarul H.S.P.Q., creat de R. B. Cattel, măsoară trăsăturile psihologice importante, într-o unitate funcţională demonstrată, fiind un instrument valid şi fidel, utilizat pe scară largă. El măsoară un ansamblu de 14 dimensiuni de personalitate independente, dintre care unele se referă la trăsături de temperament (ex. A ciclotimie-schizotimie şi D - excitabilitate), altele apar ca trăsături-dispoziţii (ex. E dominanţă-supunere), altele reprezintă nivelul de integrare dinamică (ex. C – forţa Eului), în timp ce alta (G – forţa Supraeului) este o trăsătură la care se referă la dezvoltarea sensului moral. Chestionarul include, de asemenea, şi o dimensiune-aptitudine, inteligenţa generală, la care se referă factorul B, care pune la dispoziţie o scurtă indicaţie asupra acestui factor mental general, fără a fi nevoie de rezultatul unui examen complet cu un test de inteligenţă separat.

Rezultatele testului permit, deci, realizarea unui profil psihologic suficient de nuanţat al personalităţii subiectului, pe baza a 14 trăsături de personalitate independente şi în acelaşi timp creează, printr-o abordare statistică, posibilitatea evidenţierii diferenţelor existente între diverse grupuri de subiecţi.

Acest chestionar este, de fapt, o adaptare pentru adolescenţi a „Chestionarului celor 16 factori ai personalităţii" (16 PF). El pune în evidenţă 14 factori de personalitate determinaţi prin analiză factorială care sunt constructe bipolare ce *„încearcă să cuprindă mulţmea de manifestări comportamentale specifice dimensiunii, în mod gradat, de la unul dintre polii acesteia caracterizat printr-o maximă exprimare în comportament a unei extreme a dimensiunii, spre*

celălalt, caracterizat printr-o maximă exprimare a opusului" (Minulescu, 1996, 226).

Chestionarul evaluează, pe baza notelor standard obţinute, poziţia individului de-a lungul acestui continuum. Specific acestui tip de evaluări, ceea ce se ia în consideraţie în interpretări ca semnificativ şi activ în comportamentul real al persoanei, este acel factor a cărui pondere depăşeşte, într-un sens sau altul, zona de semnificaţie medie. În sistemul de normare în 11 clase standard utilizat de Cattel sunt semnificative pentru comportamentul real al persoanei acele trăsături care au o poziţie de la cota standard 7 spre 10 sau de la cota 3 spre 0. Cu cât trăsătura este mai activă, cu un pol sau altul al ei, cu atât cota standard este mai extremizată (notele 10 şi 0 indică, deci, un maxim activism al acelei trăsături în paternul de personalitate care se exprimă prin caracteristicile specifice polului respectiv).

Cei 14 factori primari de personalitate, măsuraţi cu ajutorul Chestionarului H.S.P.Q sunt următorii:

Factorul A – schizotimie *vs.* ciclotimie

Factorul B – abilitate rezolutivă generală

Factorul C – instabilitate emoţională *vs.* stabilitate emoţională

Factorul D – temperament flegmatic *vs.* temperament excitabil

Factorul E – supunere *vs. dominanţă*

Factorul F – nonexpansivitate *vs.* expansivitate

Factorul G – supraeu slab *vs.* forţa supraeului

Factorul H – timiditate *vs.* curaj

Factorul I – duritate *vs.* sensibilitate

Factorul J – colectivism *vs.* individualism

Factorul O – încredere în sine *vs.* tendinţa spre autoculpabilizare

Factorul Q_2 – convenţional *vs.* nonconformist

Factorul Q_3 – sentiment de sine slab *vs.* sentiment de sine puternic

Factorul Q_4 – tensiune ergică slabă *vs.* tensiune ergică secundară.

Au fost calculate, separat pentru cele două sexe, mediile şi abaterile standard ale scorurilor brute pentru cele 4 scale ale Indexului Reactivităţii Interpersonale.

În continuare, pentru a determina dacă există diferenţe semnificative între mediile aritmetice obţinute de adolescenţii din România pe care i-am testat şi mediile aritmetice obţinute de studenţii la psihologie din S.U.A., testaţi de Davies, în vederea etalonării Indexului, am apelat la testul scorurilor t pentru eşantioane mici necorelate, în cazul băieţilor, şi la testul Z pentru eşantioane mari necorelate, în cazul fetelor. Raţiunea utilizării unor teste diferite, pentru cele două sexe, în vederea evaluării semnificaţiei diferenţelor dintre medii, este legată de mărimea eşantioanelor ale căror medii au fost comparate.

Am realizat, apoi, studiul corelaţiei existente între scorurile brute realizate de subiecţii din România pentru fiecare dintre cele 4 scale ale Indexului Reactivităţii Interpersonale şi scorurile brute realizate de aceştia pentru factorii primari de personalitate ai chestionarului H.S.P.Q.. cu ajutorul coeficientului de corelaţie Pearson. Calculul coeficienţilor de corelaţie s-a făcut pe baza rezultatelor tuturor subiecţilor (N=53), indiferent de sexul acestora.

Totodată, am studiat intercorelaţiile scorurilor brute obţinute de adolescenţii români la scalele Indexului Reactivităţii Interpersonale, pentru a observa dacă ipoteza independenţei acestor scale se verifică.

4. REZULTATE

În *tabelul 1*, sunt prezentate valorile mediilor şi abaterilor standard obţinute de adolescenţii români alături de cele prezentate de Davies (1980).

La o primă inspectare a datelor din tabel, se poate observa că şi în cazul adolescenţilor din România, pe care i-am evaluat cu ajutorul Indexului Reactivităţii Interpersonale, se menţine tendinţa subiecţilor de sex feminin de a realiza medii aritmetice ale scorurilor brute mai mari decât cele ale băieţilor, pentru toate cele 4 subscale, la fel ca în cazul subiecţilor evaluaţi de Davies. Aceste date confirmă corectitudinea opţiunii lui Davies pentru etalonarea diferită, în funcţie de sex, a scalelor Indexului.

Se mai poate constata, observând datele din tabel, că, atât pentru subiecţii de sex masculin, cât şi pentru cei de sex feminin, din România, mediile aritmetice ale scorurilor brute realizate sunt, în raport cu cele obţinute de subiecţii chestionaţi de Davies, mai mici pentru scalele de abordare a perspectivei, de imaginaţie şi de preocupare empatică, dar mai mari pentru scara de distres personal.

În privinţa semnificaţiei diferenţelor mediilor aritmetice obţinute de adolescenţii din România, în raport cu mediile aritmetice ale subiecţilor lui Davies, în *tabelul 2* sunt prezentaţi coeficienţii t calculaţi, în cazul subiecţilor de sex masculin pentru cele 4 subscale şi semnificaţia acestor coeficienţi, dată de compararea acestora cu valorile critice tabelare ale distribuţiei t, pentru pragurile de semnificaţie de .01 şi .05 şi pentru numărul gradelor de libertate corespunzător.

Se poate observa că există diferenţe semnificative între mediile aritmetice ale scorurilor brute obţinute de adolescenţii de sex masculin din România şi mediile aritmetice ale scorurilor brute obţinute de subiecţii de sex masculin chestionaţi de Davies, la un nivel de încredere de 99%, în cazul scalelor de abordare a perspectivei şi de preocupare empatică, şi la un nivel de încredere de 95%, în cazul scalei de imaginaţie.

Pentru scala de distres personal, diferenţa între cele două medii s-a dovedit a fi nesemnificativă.

Scorurile Z calculate, în cazul subiecţilor de sex feminin, pentru cele 4 subscale şi semnificaţia acestor coeficienţi, dată de compararea acestora cu valorile critice pentru pragurile de semnificaţie de .01 şi .05 sunt prezentate în *tabelul 3*.

Diferenţe semnificative între mediile aritmetice ale scorurilor brute obţinute de adolescentele din România şi mediile aritmetice ale scorurilor brute obţinute de subiecţii de sex feminin chestionaţi de Davies, au fost identificate, la un nivel de încredere de 99%, în cazul scalei de preocupare empatică, şi la un nivel de încredere de 95%, în cazul scalei de distres personal.

Pentru scalele de abordare a perspectivei şi de preocupare empatică, diferenţele între medii s-au dovedit a fi, însă, nesemnificative.

Tabelul 1. Valorile mediilor aritmetice şi ale abaterilor standard pentru cele 4 scale ale Indexului Reactivităţii Interpersonale

Sex		Scala de abordare a perspectivei		Scala de imaginaţie		Scala de preocupare empatică		Scala de distres personal	
		Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania	Davies	Adolesc. Romania
masculin	Media	16,78	13,79	15,73	12,79	19,04	14,86	9,46	10,36
	Deviaţia standard	4,72	4,10	5,60	4,37	4,21	3,59	4,55	5,03
	Nr. subiecţi	579	14	579	14	579	14	579	14
feminin	Media	17,96	16,90	18,75	18,00	21,67	19,54	12,28	14,05
	Deviaţia standard	4,85	3,78	5,17	6,16	3,83	4,70	5,01	4,58
	Nr. subiecţi	582	39	582	39	582	39	582	39

Tabelul 2. Semnificaţia diferenţelor mediilor aritmetice pentru subiecţii de sex masculin, pe baza testului scorurilor t

Scala	Scorul t calculat	Scorul t tabelar p=0,01	Scorul t tabelar p=0,05	Observaţii
Abordare a perspectivei	2,45	1,64	2,33	Diferenţă semnificativă la nivel de încredere de 99%
Imaginaţie	2.02			Diferenţă semnificativă la nivel de încredere de 95%
Preocupare empatică	3,83			Diferenţă semnificativă la nivel de încredere de 99%
Distres personal	0.76			Diferenţă nesemnificativă

Tabelul 3. Semnificaţia diferenţelor mediilor aritmetice pentru subiecţii de sex feminin, pe baza testului Z

Scala	Scorul Z calculat	Scorul Z tabelar p=0,01	Scorul Z tabelar p=0,05	Observaţii
Abordare a perspectivei	1,63	1,96	2,58	Diferenţă nesemnificativă
Imaginaţie	0,73			Diferenţă nesemnificativă
Preocupare empatică	2.73			Diferenţă semnificativă la nivel de încredere de 99%
Distres personal	2,29			Diferenţă semnificativă la nivel de încredere de 95%

Tabelul 4. Coeficienţii de corelaţie semnificativi între scorurile brute ale scalelor Indexului Reactivităţii Interpersonale şi scorurile brute ale factorilor primari de personalitate ai chestionarului H.S.P.Q.

Factorul de personalitate	Scala: Abordare a perspectivei	Imaginaţie	Preocupare empatică	Distres personal
Factorul E	r = - 0,31 p = 0.05		r = - 0.42 p = 0.01	
Factorul G	r = + 0.37 p = 0.01			r = - 0.27 p = 0,05
Factorul H			r = - 0,25 p = 0,05	r = - 0,35 p = 0,01
Factorul I	r = + 0,30 p = 0.05	r = + 0,58 p = 0.01	r = + 0,41 p = 0.01	r = + 0,46 p = 0.01
Factorul J			r = - 0,33 p = 0.05	r = - 0,31 p = 0,05
Factorul O				r = + 0.32 p = 0,05
Factorul Q_2			r = - 0.33 p = 0.01	r = - 0.53 p = 0.01

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Corelaţia negativă moderată r = - 0,31 (p = 0,05) între *factorul E* de personalitate şi *scala de abordare a perspectivei* ar putea fi explicată prin tendinţa indivizilor dominanţi de a fi mai egocentrici şi, deci, mai puţin dispuşi să adopte perspectiva celuilalt în evaluarea unei anumite situaţii.

Corelaţia negativă moderată r = - 0,42 (p = 0,01) între *factorul E* de personalitate şi *scala de preocupare empatică* poate fi pusă pe seama tendinţei indivizilor dominanţi de a avea un comportament mai combativ, chiar agresiv, comportament caracterizat şi de o anumită duritate, care presupune, fireşte, o mai redusă preocupare şi compasiune pentru alte persoane.

Corelaţia pozitivă moderată r = + 0,37 (p = 0,01) între *factorul G* de personalitate şi *scala de abordare a perspectivei* arată că indivizii cu un supraeu mai puternic, care manifestă o mai mare consideraţie pentru normele morale şi sunt mai responsabili, au tendinţa de a acorda o mai mare atenţie perspectivei celuilalt, de a privi lucrurile şi din punctul de vedere al acestuia .

Corelaţia negativă moderată r = - 0,27 (p = 0,05) între *factorul G* de personalitate şi *scala de distres personal* indică o tendinţă a indivizilor cu supraeu mai puternic, mai conştincioşi şi mai responsabili, de a trăi în mai mică măsură sentimente de anxietate şi disconfort atunci când urmăresc experienţelor negative ale altora, decât indivizii cu un supraeu mai slab.

Corelaţia negativă moderată r = - 0,25 (p = 0,05) între *factorul H* de personalitate şi *scala de preocupare empatică* arată că indivizii mai timizi, preocupaţi pentru o „bună conduită" tind să fie, în acelaşi timp mai grijulii şi mai dispuşi să manifeste compasiune pentru alte persoane.

Corelaţia negativă moderată r = - 0,35 (p = 0,01) între *factorul H* de personalitate şi *scala de distres personal* arată că indivizii mai timizi, preocupaţi pentru o „bună conduită" şi mai sensibili la ameninţare tind, de asemenea, să trăiască un mai mare disconfort atunci când urmăresc experienţelor negative ale altora, decât indivizii mai curajoşi, mai gregari şi mai îndrăzneţi.

Existenţa unor corelaţii pozitive moderate între *factorul I* de personalitate şi toate cele 4 subscale ale Indexului Reactivităţii interpersonale (r = + 0,30; p = 0,05, cu *scala de abordare a perspectivei*, r = + 0,58; p = 0,01, cu *scala de imaginaţie*, r = + 0,41; p = 0,01, cu *scala de preocupare emaptică*, r = + 0,46; p = 0,01, cu *scala de distres personal*) arată că indivizii crescuţi într-un mediu care favorizează sensibilitatea şi gustul estetic, mai blânzi, mai indulgenţi, atât cu ei înşişi, cât şi cu ceilalţi, mai imaginativi, tind să aibă mai bune calităţi empatice (atât la nivel cognitiv, cât şi emoţional), adică sunt mai dispuşi să adopte perspectiva celuilalt, mai capabili să se transpună imaginativ în diverse situaţii ficţionale, mai preocupaţi şi mai grijulii faţă de ceilalţi şi mai susceptibili să trăiască sentimente de anxietate şi disconfort atunci când sunt martori la suferinţele altor indivizi.

Corelaţiile negative între *factorul J* de personalitate şi subscalele care vizează latura emoţională a empatiei (r = - 0,33; p = 0,05, cu *scala de preocupare empatică*, r = - 0,31; p = 0,05, cu *scala de distres personal*) arată că indvizii mai individualişti, mai dificil de satisfăcut, înclinaţi să acţioneze pe cont propriu şi să aibă resentimente atunci când sunt trataţi nedrept tind să manifeste mai puţină compasiune şi preocupare pentru ceilalţi şi sunt mai puţin afectaţi atunci când urmăresc experienţelor negative ale altora.

Corelaţia pozitivă moderată r = + 0,32 (p = 0,05) între *factorul O* de personalitate şi *scala de distres personal* indică tendinţa indivizilor mai anxioşi şi mai puţin încrezători în forţele proprii, mai deprimaţi şi predispuşi către sentimente de autoculpabilizare de a rezona mai puternic, din punct de vedere emoţional, la experienţele negative trăite de alţii şi de a resimţi un grad mai mare de disconfort în astfel de situaţii, în comparaţie cu indivizii mai siguri pe ei şi mai puţin anxioşi

Corelaţiile negative între *factorul Q_2* de personalitate şi subscalele care vizează latura emoţională a empatiei (r = - 0,33; p = 0,01, cu *scala de preocupare emaptică*, r = - 0,53; p = 0,01, cu *scala de distres personal*) arată că indivizii mai convenţionali, mai dependenţi de grup şi mai influenţabili, care caută în mai mare măsură aprobarea socială tind să fie mai preocupaţi şi mai atenţi cu ceilalţi şi să trăiască un disconfort mai mare când sunt martori la experienţele negative trăite de alţii, decât indivizii mai independenţi de grup.

În *tabelul 5* sunt prezentate intercorelaţiile scorurilor brute ale scalelor Indexului Reactivităţii Interpersonale.

Tabelul 5. Coeficienţii de corelaţie semnificativi între scorurile brute ale scalelor Indexului Reactivităţii Interpersonale

	Abordare a perspectivei	Imaginaţie	Preocupare empatică	Distres personal
Abordare a perspectivei				
Imaginaţie	r = + 0,36 p = 0,01			
Preocupare empatică	r = + 0,48 p = 0.01	r = + 0.51 p = 0.01		
Distres personal				

Inspectarea coeficienţilor de corelaţie din tabel arată că, pentru adolescenţii din România, există o corelaţie pozitivă moderată r = + 0,36 (p = 0,01) între scorurile la scala de abordare a perspectivei şi scorurile la scala de imaginaţie, o corelaţie pozitivă moderată r = + 0,48 (p = 0,01) între scorurile la scala de abordare a perspectivei şi scorurile la scala de preocupare empatică şi o corelaţie pozitivă moderată r = + 0,51 (p = 0,01) între scorurile la scala de imaginaţie şi scorurile la scala de preocupare empatică.

Este interesant de remarcat că există corelaţii atât între două scale care vizează ambele latura cognitivă a empatiei (abordarea perspectivei şi imaginaţia), cât şi între fiecare dintre scalele dimensiunii cognitive a empatiei şi scala de preocupare empatică, ce vizează latura emoţională a empatiei.

Cu alte cuvinte, scorurile obţinute de subiecţii pe care i-am testat pun la îndoială ipoteza independenţei între scalele propuse de Davies (mai ales că intercorelaţiile constatate nu sunt doar între scale ce vizează un singur

Cu alte cuvinte, scorurile obţinute de subiecţii pe care i-am testat pun la îndoială ipoteza independenţei între scalele propuse de Davies (mai ales că intercorelaţiile constatate nu sunt doar între scale ce vizează un singur domeniu, cel cognitiv, ci şi între scale ce aparţin, una laturii cognitive a empatiei, iar alta laturii emoţionale a acesteia).

5. CONCLUZII

Tendinţa fetelor de a realiza medii aritmetice ale scorurilor brute mai mari decât cele ale băieţilor, pentru toate cele 4 subscale, la fel ca în cazul subiecţilor evaluaţi de Davies, indică faptul că fetele tind ca, în medie, să aibă mai bune calităţi empatice decât băieţii.

Faptul că subiecţii investigaţi de Davies au obţinut scoruri mai mari la scalele de abordare a perspectivei, imaginaţie şi preocupare empatică decât adolescenţii din România ar putea fi pus pe seama unor diferenţe de ordin cultural, dar şi pe seama diferenţei de vârstă (subiecţii lui Davies având cu toţii peste 18 ani, în timp ce adolescenţii pe care i-am investigat aveau între 16 şi 18 ani).

Steinberg (1993, 58) a arătat că intrarea în stadiul adolescenţei presupune, la nivel cognitiv, dincolo de acumulările cantitative, şi un salt calitativ: „Nu numai că adolescenţii *ştiu* mai multe decât copiii – în fond, cu cât trăim mai mult, cu atât avem mai multe oportunităţi de a achiziţiona lucruri noi, dar adolescenţii, în realitate, *gândesc* în modalităţi care sunt mai avansate, mai eficiente şi, în general, mai eficace". Acest salt calitativ se datorează, desigur, apariţiei şi dezvoltării operaţiilor formale ale gândirii (Piaget, 1998).

Adolescenţii devin capabili să adopte perspectiva altei persoane, să intuiască ce ar putea gândi sau simţi aceasta, să îi înţeleagă punctul de vedere. Abilitatea nou dobândită de *adoptare a perspectivei altei persoane*, aduce importante beneficii. „A intra în pielea altuia" poate avea ca rezultat creşterea empatiei adolescenţilor, a sensibilităţii acestora în raport cu sentimentele altora.

Studenţii investigaţi de Davies au avut mai mult timp să exerseze şi să-şi perfecţioneze această abilitate de adoptare a perspectivei altei persoane (abilitate pe care adolescenţii români investigaţi fie nu o dobândiseră încă, fie abia şi-o formau, fie deşi o dobândiseră deja, nu au exersat-o suficient timp), ceea ce poate explica scorurile mai mari ale primilor la scale precum cea de adoptare a perspectivei şi cea de imaginaţie.

Perioadele de absorţie interioară extremă pot da naştere „egocentrismului adolescentin" (Elkind, 1974). Acesta presupune două tipuri de distorsiuni cognitive ale realităţii. Mai întâi, *audienţa imaginară*, implică un sentiment sporit de autoconştientizare, astfel încât adolecentul îşi imaginează că propriul comportament este în centrul preocupărilor şi atenţiei oricui altcuiva. În opinia lui Elkind (1974, 91), „adolescentul construieşte sau reacţionează continuu la o audienţă imaginară. Este o *audienţă* întrucât adolescentul crede că va fi centrul atenţiei şi este *imaginară* pentru că, în situaţia socială reală, nu este în mod obişnuit cazul de aşa ceva". O adolescentă, de exemplu, s-ar putea îngrijora în legătură cu modul potrivit de a se îmbrăca pentru a participa la un concert, alături de alte câteva mii de oameni, până întratât încât să pretindă că toată lumea va fi cu ochii pe ea. Date fiind limitările cognitive datorate egocentrismului adolescentin, ar fi greu de convins că „audienţa" nu este, în întregime şi permanent, preocupată de imaginea sau de comportamentul ei. În al doilea rând, *mitul personal* ţine de credinţa egocentrică (şi eronată) a adolescentului că experienţa sa este unică. Astfel, un adolescent care a trăit o decepţie în dragoste, ar putea pretinde că părinţii săi nu îi pot înţelege suferinţa, deşi este foarte posibil ca şi aceştia să fi trecut prin astfel de experienţe.

Egocentrismul adolescentin ar putea explica scorurile mai mari ale adolescenţilor români, în raport cu scorurile subiecţiilor lui Davies, la scala de distres personal. Raportarea mai pregnantă la sine a experienţelor trăite, datorată egocentrismului adolescentin, poate explica răsunetul afectiv mai puternic pe care observarea suferinţei şi disconfortului altora îl are asupra acestora. Studenţii americani, mai mari ca vârsta, depăşiseră deja stadiul egocentrismului adolescentin la data investigării lor, ceea ce poate explica media mai mică a scorurilor la scala de distres personal a acestora.

Ipoteza independenţei între scalele Indexului Reactivităţii Interpersonale Davies nu este susţinută de datele prezentei cercetări.

6. BIBLIOGRAFIE

Davis, Mark H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy, *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85;

Davies, Mark H. (1983), Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126;

Davies, Mark H. (1996), *Empathy: A Social Psychological Approach*, Ed. Westview Press, Boulder;

Elkind, David (1974), *Children and adolescents (2nd edition)*, Ed. Oxford Press, New York;

Marcus, Stroe (1997), *Empatie şi personalitate*, Ed. Atos, Bucureşti;

Minulescu, Mihaela (1996), *Chestionarele de personalitate în evaluarea psihologică*, Ed. Garell Publishing House, Bucureşti;

Piaget, Jean (1998), *Psihologia inteligenţei (ediţia a II-a)*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti;

Sealy, Philip A.; Cattell, Raymond Bernard (1966), Adolescent personality trend in primary factors measured on the 16 P.F. and the H.S.P.Q. questionaires trough age 11 to 23, *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5;

Steinberg, Laurence (1993), *Adolescence (3rd edition)*, Ed. McGraw-Hill, New York.

AMELIORAREA PROCESULUI GENERĂRII DE INFERENŢE PUNTE LA ELEVII CU DIFICULTĂŢI DE ÎNŢELEGERE

VIOREL MIH, CODRUŢA MIH
Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, viorelmih@psychology.ro, codrutabozdog@yahoo.com

ABSTRACT: A text contains more information than what is explicitly expressed in text. Drawing inferences is an essential part of the comprehension process. Readers generate inferences that fill gaps in the main messages. Comprehenders of text attempt to a construct a meaning representation and supporting inferences in a fashion that achieves "coherence" at local and global levels. Inferences training may represent a powerful tool for children in their text-related activities (McGee & Johnson, 2003). Given feed-back about relationships between characters in a text enhanced third grade children's story comprehension as modifying the text so that the information was stated explicitly. This indicates that inference training may represent a powerful tool for children in their text-related activities.
Cuvinte cheie: înţelegere, text, inferenţe punte, training formativ

1. INTRODUCERE

Identificăm două poziţii diametral opuse, relativ la prerechizitele necesare inducerii de inferenţe bazate pe text. Prima poziţie acreditează ideea că abilitatea de reactualizare selectivă a unor cunoştinţe din text (premisele), din a căror combinare poate rezulta o inferenţă, constituie garanţia iniţierii procesului inferenţial. Cea de-a doua poziţie, în schimb, postulează că deşi cititorii slabi reactualizează input-urile lingvistice necesare generării unor deducţii, prezintă totuşi dificultăţi în relaţionarea acestor input-uri (Oakhill, 1994). Cauza acestor dificultăţi rezidă în faptul că generarea unei inferenţe presupune mai mult decât simpla activare şi asociere a două informaţii. Este vorba de o operaţie de combinare şi implică ideea de salt calitativ. Ne propunem să testăm măsura în care unele competenţe ale generării de inferenţe bazate pe text pot fi ameliorate. Strategia la care vom recurge va fi centrată pe tehnica feed-back-ului.

Redăm câteva principii generale, sintetizate din literatură, relativ la oferirea de feed-back (Weaver, 1994).

Se recomandă astfel:

(a) oferirea unui feed- back imediat după răspunsul corect dat de către un elev; acest feed-back ar trebui să sublinieze simplu, corectitudinea răspunsului (Harvey, Stephanie & Goudvis, 2000).

(b) oferirea de feed-back după un răspuns incorect ar trebui să fie: imediată; să sublinieze răspunsul corect; să argumenteze motivele pentru care acest din urmă răspuns este cel corect.

(c) în situaţia în care o sarcină vizează înţelegerea modului în care funcţionează o anumită regulă (ca de exemplu învăţarea unei noţiuni, pe baza discriminării exemplelor de contraexemple), feed–back-ul trebuie să ilustreze pe bază de exemple/contraexemple, funcţionalitatea regulii respective.

Pornind de la studiile lui Bassiri (2007) şi Kucan & Beck (1997) am conceput o procedură de instrucţie, ce utilizează un feed-back explicit relativ la modul de construcţie a unei inferenţe bazate pe text. Intenţionăm prin intermediul acestei proceduri reliefarea (a) rolului feed-back-ului explicativ în dezvoltarea abilităţilor de generare a unor deducţii, şi (b) măsurii în care pot fi transferate aceste abilităţi în procesarea altor materiale.

Obiectivul principal al studiului prezent vizează transferul potenţial al următoarelor aspecte:

(a) modalităţi de identificare a unor premise şi a unor constrângeri dintr-un pasaj;

(b) proceduri de constituire a unor chunks-uri pe baza combinării premisei şi constrângerii. Cele două elemente trebuie să fie activate simultan în memoria de lucru pentru ca subiectul să poată oferi răspunsuri pertinente la întrebările inferenţiale;

(c) cunoştinţe procedurale necesare generării de inferenţe, independente de conţinutul pasajului.

Carnine et al., (1982), a dat elevilor sarcina să citească unele pasaje ce conţineau două categorii specifice de informaţii. Cele două tipuri de informaţii constituiau componentele unei deducţii. Astfel, prima informaţie conferă cadrul de bază pentru producerea unui eveniment probabil şi o numim regulă. O regulă descrie fie: (a) un obiectiv pe care încearcă să-l atingă unul din personajele unei naraţiuni, fie (b) un proces general ce se desfăşoară cu o anumită regularitate. Regula în această ultimă accepţiune, corespunde la ceea ce numeşte Kintsch, (1998) strategie sau algoritm. Al doilea tip de informaţie este constrângerea şi vizează aplicarea contextuală a regulii, mai precis circumscrierea limitelor în care poate fi aplicată regula respectivă. Inferenţa rezultată din combinarea celor două premise este o judecată aproximativă. Evenimentele conţinute în această judecată au loc cu o anumită probabilitate. De altfel. acest tip de inferenţă reprezintă practic o extensie a faptelor din viaţa cotidiană.

Pe baza acestui principiu am conceput mai multe pasaje. De pildă, într-unul din pasajele-stimul ale experimentului, regula era următoarea: "doi băieţi doreau să campeze undeva în apropierea unei ape". Constrângerea rezulta din răspunsul monitorului campingu-lui, care le-a spus băieţilor că nu mai dispune decât de două locuri de campare, dintre care unul este lângă un lac, iar celălalt se află lângă un magazin.

Din coroborarea regulii (intenţionalităţii) cu constrângerea, rezultă inferenţa cea mai plauzibilă: "băieţii au decis să campeze mai degrabă lângă lac

decât lângă magazin". Această concluzie este desigur discutabilă, dar conţine evenimentul cu şansa cea mai crescută de realizare.

Dată fiind o regulă şi o constrângere, inducerea unei inferenţe punte (prin răspunsul la întrebarea " Unde au campat băieţii?") implică îndeplinirea a trei condiţii:

(a) În primul rând, subiecţii trebuie să-şi reamintească din pasaj informaţia reprezentată de regulă;

(b) În al doilea rând, elevii trebuie să reactualizeze informaţia corespunzătoare constrângerii, respectiv a condiţiei ce face posibilă aplicarea regulii;

(c) În ultimul rând, elevii trebuie să constituie două chunks-uri independente de informaţie, pe care să le menţină activate simultan în memoria de lucru de lungă durată a textului (Kintsch, 1998). Cele două chunks-uri formează input-ul procedurii cognitive numită inferenţă bazată pe text, şi rezultă din combinarea regulii cu constrângerea. Cea de-a treia condiţie vizează cunoştinţele procedurale. Aceste cunoştinţe procedurale sub formă de reguli sunt procesări de informaţie realizate de către un adult, de regulă în mod automatizat. În schimb, la copii şi cu precădere la copiii ce prezintă un deficit al înţelegerii, emitem ipoteza că aceste cunoştinţe procedurale nu funcţionează eficient. În mod logic, toate cele trei condiţii – accesul ambilor termeni şi aplicarea procedurii, ce transformă cele două input-uri, sunt condiţii necesare şi suficiente pentru construirea unei inferenţe plauzibile bazate pe text.

Ipoteza studiului: oferirea unui feed-back explicativ detaliat asupra termenilor unei inferenţe (regulă + constrângere) ameliorează procesul generării de inferenţe punte la elevii cu dificultăţi de comprehensiune.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Subiecţii. Lotul de subiecţi este constituit dintr-un număr de douăzeci şi şase de elevi ce prezintă probleme de comprehensiune. Vârsta participanţilor era cuprinsă între 9-10 ani, fiind elevi în clasa a III-a, la trei şcoli din Cluj. Jumătate dintre elevi au fost integraţi în lotul experimental, iar cealaltă jumătate în lotul de control. Elevii selectaţi în experiment se situau în primele trei clase normalizate ale TECC.

Materialele. Au fost redactate 10 pasaje de aproximativ 150 de cuvinte structurate după o metodă propusă de Carnine & Kameenui (1997) şi Carnine et al. (1982). Fiecare pasaj conţinea (a) o problemă, (b) o regulă, ce solicita o rezolvare a problemei, (c) o constrângere ce punea în corespondenţă regula cu modul de rezolvare a problemei, (d) o informaţie distractoare. care aparent ar putea să rezolve problema şi (e) informaţia irelevantă. Instrumentele pentru fazele pretest şi posttest erau constituite din şase pasaje (câte trei pentru fiecare fază). Celelalte patru pasaje care au rămas, au fost utilizate în cadrul sesiunilor de instrucţie. Corespunzător fiecărui pasaj, au fost redactate câte cinci întrebări. Prima întrebare solicita din partea elevului generarea unei inferenţe bazată pe text, fiind structurată din două părţi: prima parte viza deducţia propriu zisă (Unde a campat Mihai?); cea de-a doua parte solicita din partea elevului o justificare a deducţiei (De ce?). Răspunsul la această ultimă întrebare reclamă o reactivare atât a regulii, cât şi a constrângerii. Este important de subliniat faptul că cele două chunsks-uri de informaţie nu se amorsează reciproc, cu alte cuvinte nici o informaţie (element explicit de coerenţă a textului) prezentă în întrebarea inferenţială nu facilitează reamintirea regulii sau a constrângerii. Răspunsul la întrebarea "de ce?" este un indiciu necesar pentru a ne asigura măsura în care elevul este capabil să reactualizeze şi să asocieze cunoştinţele din text ce sunt necesare procesului inferenţial.

Procedura. La experiment au participat două grupe de elevi: una experimentală, supusă unei faze de antrenament în scopul învăţării generării unor inferenţe bazate pe text, şi una de control. Iniţial, cele două grupe de elevi au fost echivalente, relativ la performanţele de comprehensiune, (testul t, $t = 0,45$, $p = .70$) indicând diferenţe nesemnificative între grupe la TECC). Toţi elevii au fost supuşi în prealabil unei faze de preantrenament. Pentru a stabili nivelul iniţial al performanţelor celor două grupuri, imediat după faza de preantrenament, ambelor grupe li s-a administrat câte un pretest. Pretestul conţinea trei pasaje şi trei seturi formate din câte şase întrebări fiecare. Imediat după citirea pasajelor subiecţii urmau să răspundă la acele întrebări.

În faza de antrenament elevii grupului experimental au fost instruiţi pe parcursul a opt şedinţe de către un grup de trei tutori (studenţi în anul II la Colegiul de Institutori) (fiecărui tutore fiindu-i repartizată o grupă de patru elevi). Pentru a reduce eterogenitatea privind procedurile instrucţionale, pe care urmau să le implementeze cei trei tutori pe parcursul sesiunilor de antrenament, a fost realizat un protocol standardizat, ce surprindea principalele secvenţe ale fazei de antrenament. Suplimentar, tutorilor le-a fost oferit şi un al doilea protocol, ce conţinea (a) itemii întrebare ce urmau să fie adresaţi elevilor şi (b) răspunsurile aferente acestor întrebări.

În final, elevilor li s-a administrat un post-test similar pretestului (practic o formă paralelă a pretestului) pentru a înregistra cunoştinţele procedurale transferate. Colecţia de date supusă analizei statistice a rezultat ca urmare a prelucrării celor două tipuri de protocoale (pretest şi pos test).

Faza de preantrenament a fost concepută în scopul evitării posibilelor discrepanţe dintre grupuri şi implicit pentru nivelarea diferenţele dintre subiecţi, relativ la înţelegerea sarcinii. Rolul acestei faze era să familiarizeze elevii cu cerinţele sarcinii, mai precis să facă transparentă sarcina în termenii elevului. În acest scop am elaborat două pasaje similare cu cele utilizate în faza de pretest şi postest. În cadrul acestei faze tutorele parcurgea împreună cu elevul câţiva paşi. Astfel, iniţial, tutorele citea cu voce tare fiecare pasaj, pentru a preîntâmpina anumite probleme de decodare şi unele dificultăţile majore de procesare. Între timp, elevul urmărea fiecare cuvânt /rând al textului citit pe o copie a pasajului, pe care o primise în prealabil. Imediat tutorele (a) citea primul item, respectiv întrebarea inferenţială. (b) repeta întrebarea inferenţială. (c) repeta răspunsul elevului, (d) solicita elevului să sublinieze expresiile din pasaj în baza cărora îşi întemeiază răspunsul. Dat fiind faptul că elevii cu vârsta de 9-10 ani nu dispun încă de o capacitate de argumentare bine

structurată (şi cu atât mai mult cei cu dificultăţi de înţelegere) pe baza cărora să poată oferi răspunsuri întemeiate la întrebarea "de ce?" , considerăm că indicarea celor două expresii argumentează indirect răspunsul la întrebările vizate. Postulăm de asemenea că sublinierea corectă de către elev a celor două expresii denotă abilitatea acestuia de-a recunoaşte implicit regula şi constrângerea, în baza cărora este elaborată inferenţa.

Grupul de control. În faza de preantrenament, la grupul de control, după ce copilul sublinia răspunsul, tutorele repeta întrebarea inferenţială şi indica răspunsul corect. Existau două situaţii. În condiţiile în care răspunsul oral al elevului la întrebarea deductivă era corect (mai precis inferenţa era formulată pe baza unei parafraze a regulii şi a constrângerii), tutorele mulţumea elevului pentru faptul că a ascultat cu atenţie textul şi că a subliniat răspunsurile. Dacă răspunsul elevului era incomplet sau incorect, tutorele îi indica răspunsul corect. În ambele situaţii, tutorele utiliza un creion colorat pentru a sublinia pe copia elevului informaţia dată de regulă şi de faptul critic.

Grupul de antrenament. Comparativ cu elevii din lotul de control, elevilor din lotul experimental le-a fost acordat un feed-back pe baza unor explicaţii repetate (Duffy at al., 1987). Astfel, ca şi principiu general, tutorele le explica şi le demonstra elevilor pe de o parte modul în care poate fi aplicată regula, iar pe de altă parte modul în care poate fi utilizată constrângerea pentru a genera o deducţie corectă bazată pe informaţia textului. Acest proces implica (a) conştientizarea de către elev a problemei ridicată de pasaj, precum şi (b) indicarea şi sublinierea regulii şi a constrângerii (tutorele indicând din nou cele două componente, chiar dacă elevul a făcut alegerea corectă) pe parcursul citirii cu voce tare. Se discuta de asemenea motivul pentru care era considerată constrângere în relaţie cu problema pusă şi se încercuia fiecare expresie ce se regăsea în text.

Descriind şi exemplificând modul de coroborare a regulii cu constrângerea, pe parcursul explicaţiilor, tutorele încercuia expresiile corespunzătoare regulii şi cele corespunzătoare constrângerii şi le unea printr-o linie. Explicaţia se finaliza cu descrierea explicită a modului în care se poate elabora o deducţie pornind de la acest tip de informaţii.

3. REZULTATE ŞI DISCUŢII

Rezultatele sunt prezentate în tabelul 1 şi sintetizează mediile şi abaterile standard corespunzătoare diverselor tipuri de variabile evaluate, pentru grupurile experimental şi de control, în fazele de pretest şi postest.

Tabelul 1. Mediile şi abaterile standard ale numărului de reactualizări în funcţie de variabilă, tipul de grup şi situaţia de testare

Variabila		Grup experimental		Grup control	
		Pretest	Post test	Pretest	Post test
Inferenţa	M	1,21	1,75	1,10	1,32
	σ	(0,72)	(0,47)	(0,93)	(0,47)
Reactualizarea regulii	M	0,76	0,83	0,81	0,72
	σ	(0,84)	(0,33)	(0,77)	(0,61)
Reactualizarea constrângerii	M	0,43	0,54	0,43	0,88
	σ	(0,50)	(0,52)	(0,65)	(0,63)
Motivarea regulii	M	0,53	0,96	1,10	0,87
	σ	(0,31)	(0,50)	(0,87)	(0,59)
Motivarea constrângerii	M	0,39	0,88	0,48	0,65
	σ	(0,42)	(0,48)	(0,76)	(1,10)

După cum rezultă în urma prelucrării statistice a datelor, în pretest nu s-au înregistart diferenţe semnificative relativ la numărul de inferenţe generate, între cele două categorii de subiecţi (grup de control vs experimental) ($F(1, 22) = 1$, p=ns). Ca atare, suntem îndreptăţiţi să considerăm că din start, cele două grupe de subiecţi au fost echivalente în ceea ce priveşte capacitatea inferenţială. De asemenea, nu s-au înregistrat efecte semnificative în cadrul grupului de control între fazele pretest-postest la nici una din variabilele luate în calcul ($F(1, 22) < 1$, p=ns).

Dat fiind faptul că ipoteza reclamă evaluarea impactului antrenamentului asupra celor două grupuri de subiecţi, am analizat diferenţele performanţelor în pos-test pentru următoarele variabile: inferenţe, motivarea inferenţelor, reactualizarea regulii şi a constrângerii. Compararea între rezultatele din pretest şi posttest la grupul experimental a evidenţiat un profit semnificativ la următoarele variabile: inferenţe ($t(22) = 2,14$, $p < .05$) şi motivarea regulii ($t(22) = 2,12$, $p < .05$) şi a constrângerii ($t(22) = 2,69$, $p < .05$). Aceste date confirmă ipoteza.

Este important de remarcat faptul că nu au fost evidenţiate diferenţe semnificative între pretest şi postest între performanţele de reactualizare a conţinuturilor corespunzătoare regulii şi ale constrângerii la cele două grupe de elevi. Acest fenomen este oarecum în contradicţie cu cel înregistrat în experimentul anterior, ce evidenţia o creştere semnificativă a prestaţiilor mnezice, inclusiv pentru conţinuturile care nu au făcut obiectul antrenamentului (inferenţe literale).

Propunem spre discuţie - pornind de la datele experimentale obţinute - cele două poziţii teoretice, prezentate în partea introductivă, relative la procesul inducerii de deducţii. (1) Prima poziţie susţine că simpla reactualizare selectivă a informaţiei din text. în vederea constituirii unei inferenţe, constituie o garanţie a elaborării efective a acelei inferenţe. (2) În schimb, cea de-a doua poziţie stipulează că, deşi cititorii SD reactualizează input-urile necesare demarării procesului

inferenţial, întâmpină rezistenţe în combinarea acelor input-uri în vederea derivării unei inferenţe.

Dată fiind o regulă şi o constrângere, inducerea unei inferenţe bazate pe informaţiile textului (prin răspunsul la întrebarea: "Unde au campat băieţii?") implică parcurgerea a trei paşi. În primul rând, subiecţii trebuie să-şi reamintească din pasaj informaţia reprezentată de regulă. În al doilea rând, copiii trebuie să reactualizeze informaţia corespunzătoare constrângerii, respectiv a condiţiei ce face posibilă aplicarea regulii. În ultimul rând, este necesară constituirea a două chunks-uri independente de informaţie, care trebuie menţinute simultan activate în memoria de lucru de lungă durată. Cele două chunks-uri formează input-ul unei proceduri cognitive numită inferenţă bazată pe text. Această inferenţă rezultă pe baza combinării regulii cu constrângerea.

Cea de-a treia condiţie vizează dobândirea unor cunoştinţe procedurale. Cunoştinţele procedurale sunt reprezentate sub formă de reguli / proceduri şi constituie procesări de informaţie pe care cititorii performanţi le realizează în mod automatizat. În schimb, la copii şi cu precădere la copiii ce prezintă un deficit al înţelegerii postulăm că aceste proceduri nu funcţionează eficient. În mod logic, toate cele trei condiţii – accesul ambilor termeni şi aplicarea procedurii, ce transformă cele două input-uri, reprezintă premise necesare şi suficiente pentru construirea unei inferenţe plauzibile, bazată pe conţinutul textului. Pe baza acestui flux de argumentare putem infera o anume rezistenţa de care dau dovadă SD, în alăturarea celor două informaţii şi compatibilizarea lor simultană.

Pot fi identificaţi trei factori ca fiind potenţial responsabili de prezenţa unor performanţe inferenţiale mai reduse ale elevilor grupului de control în post-test:

(a)accesul ineficient al informaţiei corespunzătoare regulii;

(b)accesul ineficient al constrângerii;

(c) funcţionarea ineficientă a procedurii pe baza căreia se accesează şi se combină conţinutul regulii cu cel al constrângerii.

Una din cauzele dificultăţii inducerii de inferenţe la elevi este că instrucţiunile obişnuite din clasă nu solicită generarea unor astfel de inferenţe. Lecţiile cu elevii slabi se concentrează în cea mai mare parte asupra deprinderilor de citire obişnuită şi asupra recunoaşterii cuvintelor. Astfel că resursele temporare alocate instrucţiunilor de comprehensiune sunt minime (Kos, 1991), iar din aceste resurse o pondere şi mai mică este alocată procesului inferenţial bazat pe conţinuturile textului. În concluzie, putem afirma că studiul atestă şi întăreşte faptul că elevii care participă la instrucţiuni explicite de învăţare a unor inferenţe înţeleg mult mai rapid solicitările sarcinii şi implicit sensul textului.

4. BIBLIOGRAFIE

Bassiri, D. (2007). Effects of explaining the reasoning associated with using reading strategies. *Reading Research Quarterly, 22,* 347-368.

Carnine, D., Silbert, J., Kameenui, E. J. (1997). *Direct instruction reading* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Carnine, D. W., Stevens, C., Clements, J., Kameeui, E. J. (1982). Effects of facilitive questions and practice on intermediate students "understanding of character motives". *Journal of Reading Behaviour, 14,* 179- 190.

Day, J. D., Zajakowski, A. (1991). Comparisons of learning ease and transfer propensity in poor and average readers. *Journal of Learning Disabilities, 24,* 421-426.

Harvey, M., Stephanie, L., Goudvis, P. (2000). *Strategies that work: teaching comprehension to enhance understanding.* York, Maine: Stenhouse Publishers.

Kintsch, W., (1991). *A theory of discourse comprehension: Implications for a tutor for word algebra problems.* In M. Pope, R. J. Simmons, J. I. Pozo, & M. Caretero (Eds.), Procedings for the 1989 EARLI conference (pp.235-53). London: Pergamon Press.

Kintsch, W. (1998). *Comprehension: A paradigm for cognition.* New York: Cambridge University Press.

Kintsch, W., van Dijk, T. A. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review, 85,* 363-394.

Kucan, L., Beck, I. L. (1997). Thinking aloud and reading comprehension research: Inquiry, instruction, and social interaction. *Review of Educational Research, 67,* 271-299.

McGee, A. and Johnson, H. (2003). 'The effect of inference training on skilled and less skilled comprehenders', *Educational Psychology*, **23**, 1, 49-59.

McNamara, T. P., Miller, D. L., Bransford, J. D. (1991). Mental models and reading comprehension. In R. Barr, M. L. Kamil, P. B. Mosenthal, P. D. Pearson (Eds.), *Handbook of reading research: Vol. II* (pp. 490-511). New York: Longman.

Oakhill, J. V. (1994). Individual differences in children's text comprehension. In Gernsbacher M.A. (Eds.) (pp.821-848) Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Weaver, C. (1994). *Reading processes and practice: From socio-psycholinguistics to whole language* (2nd ed.). Portsmouth, NH: Heinemann.

Winograd, P. & Hare, V.C. (1988). Direct instruction of reading comprehension strategies: The nature of teacher explanation. In C.E. Weinstein, E.T. Goetz & P.A. Alexander, eds., *Learning and Study Strategies: Issues in Assessment Instruction and Evaluation* (pp. 121-139). San Diego: Academic Press.

BCU IAŞI - FILIALA UNIVERSITARĂ

PROGRAM DE INTERVENTIE PSIHOPEDAGOGICĂ LA ELEVII CU DEFICIT DE ATENTIE SI HIPERACTIVITATE

CLAUDIA-DOINA GREC
Centrul Şcolar pentru Educaţie Incluzivă Nr.1, Tîrgu-Mures, România, claudiagrec@yahoo.com

ABSTRACT: The present research aims to investigate the efficacy of an educational intervention program structured by educational techniques designed to develop organizational skills of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD). The set of techniques can be easily implemented by the teacher in the context of the curricular area Language and communication. Attention deficit, hyperactivity / impulsivity and deficits in executive functioning expose children to the risk of poor school performance, social isolation and antisocial behavior. The biggest challenge for a teacher is to maintain the interest of a child diagnosed with attention deficit and hyperactivity, to accept and appreciate him. Starting from the principle of differentiated instruction, the application of educational intervention programs in the case of students with attention deficit and hyperactivity disorder, we can hope to provide equal opportunities for all students.
Key words: executive functions, learning difficulties, organizational skills, intervention programs, neuropsychological tests, school performance.

1. INTRODUCERE

Deficitul de atenţie şi hiperactivitate (ADHD) este o tulburare de dezvoltare neuropsihică care vizează autocontrolul, împiedică dezvoltarea normală, afectează activităţile zilnice şi fiecare aspect al vieţii sociale a copilului, inclusiv relaţiile familiale, şcolare, de joacă. De cele mai multe ori, tulburarea este adresată în contextul şcolii, iar intervenţia rămâne la latitudinea tactului pedagogic şi a cunoştinţelor cadrului didactic. Deficitele de atenţie, hiperactivitatea/ impulsivitatea ca şi deficitele în funcţionarea executivă îi expun pe aceşti copii riscului slabei performanţe şcolare, izolării sociale şi comportamentelor antisociale. Copiii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate (ADHD) îşi însuşesc mai greu deprinderi de organizare, planificare, management al timpului, în comparaţie cu colegii lor din şcoala de masă. În ce măsură aceste deficite afectează performanţa şcolară? Nu mai departe de deprinderile de organizare se găseşte răspunsul; copiii trebuie să-şi noteze temele pentru acasă, să-şi organizeze proiectele, să-şi împartă timpul de studiu, să menţină un optimum motivaţional şi să-şi menţină atenţia concentrată pentru perioade considerabile de timp; profesori diferiţi cu cerinţe diferite, un volum mare de materiale şi cerinţe. Cadrul didactic este cel care încearcă să corecteze şi să recupereze o serie din deficitele pe care aceşti copii le prezintă. Acest demers este de cele mai multe ori de tipul încercare - eroare.

Mediul şcolar este un context care necesită planificare, control, coordonare şi evaluare a interacţiunilor şi modurilor de participare activă în procesul instructiv-educativ. Ca urmare şcoala reprezintă un context propice pentru exersarea auto-controlului (Miranda et al., 2006). În acelaşi timp, şcoala este o provocare pentru copiii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate, această tulburare fiind diagnosticată, de cele mai multe ori, după debutul şcolar. adică după 7 ani. tocmai datorită accentuării simptomelor ca urmare a creşterii cerinţelor de atenţie, organizare şi a altor responsabilităţi şcolare. Astfel copiii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate au un risc ridicat de a avea rezultate academice mai slabe şi dificultăţi de învăţare.

Deşi au existat mereu dezbateri pe baza naturii relaţiei între deficitul de atenţie şi hiperactivitate şi tulburările specifice de învăţare, există dovezi concludente ale ratelor ridicate considerabil ale tulburărilor specifice de învăţare (dificultăţi întâmpinate la citire, matematică sau exprimare scrisă) în rândul acestor elevi (Cantwell şi Baker 1991).

2. DIFICULTĂŢILE DE ÎNVĂŢATE LA ELEVII CU ADHD – ASPECTE GENERALE

Sintagma dificultăţile de învăţare „se referă la un grup de tulburări ce se exprimă prin dificultăţi semnificative în achiziţionarea şi utilizarea receptării şi înţelegerii limbajului, a vorbirii, scrierii, citirii (literizării, silabisirii), a raţionamentului şi abilităţilor matematice, ca şi unor abilităţi sociale. Aceste tulburări sunt intrinseci individului şi se presupune că sunt datorate unor disfuncţii minimale ale Sistemului nervos central" (Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders - ICLD Jurnal 1987, p. 222, în Ungureanu, 1998). Aceasta îi include şi pe cei care pot avea caracteristicile deficitului de atenţie şi hiperactivitate (ADHD) sau deficitul atenţional (ADD). Având în vedere criteriile circumscrise, elevii cu dificultăţi de învăţare au o inteligenţă medie sau peste medie, dar au tulburări de decodificare atunci când primesc stimuli de la simţurile lor. Există o discrepanţă semnificativă între capacitatea lor după cum a fost măsurată pe baza unui test IQ (coeficient de inteligenţă) individual şi performanţele lor şcolare evaluate de către profesorii lor. De exemplu, unii elevi percep în mod eronat limbajul simbolic, dar pot fi extrem de capabili atunci când vine vorba de reprezentări concrete. Cuvintele şi numerele nu au sens logic pentru ei atunci când se află în afara unui context concret semnificativ.

Persoanele cu dificultati de învăţare au probleme de învăţare pe parcursul întregii vieţi. Dificultăţile de învăţare nu pot fi "învinse", ci mai degrabă, persoana afectată dezvoltă strategii pentru a le face faţă. De

exemplu, mulţi elevi cu dificultăţi de învăţare au dezvoltat o atitudine "nu-mi pasă" pentru a distrage atenţia de la incapacitatea lor de a îndeplini sarcinile şcolare. Este posibil ca dificultăţile de învăţare să le fi afectat, de asemenea, creşterea în ceea ce priveste coordonarea fizică şi dezvoltarea emoţională. Aceştia pot fi în imposibilitatea de a detecta subtilităţile care le permit oamenilor să funcţioneze adecvat în situaţii sociale şi prin urmare, pot prezenta comportamente inacceptabile social. Unele persoane sunt supuse stresului şi tensiunii constante din cauza dificultăţii de învăţare, fapt ce poate declanşa simptome fizice şi poate inhiba capacitatea de a învăţa.

Elevii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate pot avea dificultăţi de învăţare datorită tulburărilor de perceptie vizuală, percep litere în poziţii diferite de modul în care sunt scrise. Aceştia pot confunda stânga şi dreapta şi pot avea probleme în a distinge obiecte importante de mediul în care se află. Din aceasta cauză, omit cuvinte sau pierd rândul atunci când citesc. Pot avea, de asemenea, probleme cu coordonarea ochi-mână, ceea ce duce la apariţia stângăciei în activitatea fizică. În cazul *dislexiei*, unele persoane percep incorect literele şi cuvintele şi pot percepe unele litere invers, cum ar fi "b" în loc de "d şi aşa mai departe.

Afecţiunea numită *hiperlexia* afectează unii copii (mai ales baieţi) care par să fi învăţat să citească între vârsta de 18 luni şi 2 ani, dar sunt în imposibilitatea de a înţelege ceea ce au citit. Aceştia pot prezenta tulburări neobişnuite de învăţare a limbajului, cum ar fi insuficienţa marcată în capacitatea de a iniţia sau susţine conversaţii şi probleme în dezvoltarea socială. Hiperlexia este asociată cu autismul.

Elevii cu tulburări de procesare fonologică au dificultăţi în a distinge diferenţele subtile între sunetele cu punct de articulare apropiat sau între consoanele surde şi sonore care pot sta la originea înţelegerii eronate a cuvintelor. Din aceasta cauză le este foarte dificil să urmeze instrucţiunile, în special în cazul în care primesc mai multe deodată. Dispariţia sau reducerea stării de vigilenţă datorită factorilor perturbatori, atenţia nu poate fi focalizată şi este posibil să nu fie capabili să ignore zgomotul de fundal, dând impresia că nu acordă niciodată atenţie. Este posibil să aibă nevoie de mai mult timp pentru a procesa sensul a ceea ce aud, pierzându-şi locul în discuţii, deoarece încearcă în continuare să înteleagă un lucru care a fost spus cu câteva momente înainte. Atunci când sunt solicitaţi, aceştia par absorbiţi de alte probleme, nu au capacitatea de a-şi menţine atenţia focalizată faţă de agenţii perturbatori, asupra sarcinii, astfel că nu pot ţine pasul cu ceea ce s-a spus, chiar dacă ceilalti elevi nu cred că ritmul a fost inadecvat.

Pot fi prezente tulburări în achiziţia limbajului. în comunicarea verbală a propriilor gânduri sau pot fi capabili să transmită informaţii simple prin comunicare interumană, dar incapabili să răspundă la întrebări specifice. Unii pot avea dificultăţi în a înţelegere ceea ce le spun ceilalţi. O parte a problemei rezultă din incapacitatea de a codifica conţinutul informaţional al mesajului verbal şi de a-l reactualiza atunci când este nevoie.

Elevii hiperactivi pot prezenta tulburări în autoreglarea activităţii musculare sau motorii, pot fi într-o continuă mişcare. Pot trece de la sarcină la sarcină, fară a termina nimic, sau pot insista pe o singură sarcină cu care au avut succes, ignorând alte sarcini pe care ar trebui să le îndeplinească.

Elevii cu impulsivitate par să trăiască într-un mod cu totul aleatoriu, cedând la ceea ce le atrage atenţia. Copiii impulsivi îşi pot focaliza şi menţine atenţia asupra sarcinii cu dificultate, pentru o perioadă scurtă de timp şi pot acţiona fără a gândi în prealabil.

Elevii cu dificultăţi de atenţie sunt incapabili să diferenţieze între stimulii importanţi şi distractori. Ei sunt neorganizaţi deoarece nu pot parcurge procesele de gândire într-o manieră ordonată. Focalizarea atenţiei este deplasată de la sarcina curentă. De multe ori elevii au dificultăţi în transferarea informaţiilor concrete la aplicaţiile abstracte. Memoria lor pe termen scurt sau lung poate fi afectată, iar ei uită ce au învăţat.

3. IPOTEZELE ŞI OBIECTIVELE CERCETĂRII

Ipoteza cercetării:

Aplicarea consecventă a unui program de intervenţie psihopedagogică care se bazează pe strategii de organizare cu caracter general, la elevii cu deficit de atenţie şi hiperactivitate din clasele II-IV, contribuie la eficientizarea învăţării, prin formarea strategiile de autoeducare şi autoreglare.

Ipotezele specifice ale cercetării:

1. Tipurile de ADHD se asociază în mod diferit cu dificultăţile specifice de învăţare din sfera citit-scrisului.
2. Profilul de funcţionare executivă pus în evidenţă prin teste neuropsihologice se relaţionează în mod diferit cu performanţa şcolară în sarcini de scris-citit.

Derularea activităţilor de investigare pentru testarea ipotezelor mai sus formulate au avut la bază următoarele obiective:

O1. Descrierea specificului funcţiilor executive pentru simptomele prezente în deficitul de atenţie şi hiperactivitate.

O2. Studiul posibilei corelaţii între profilul funcţionării executive şi cel al dificultăţilor de învăţare.

O3.Elaborarea componentei programului de intervenţie educativă structurat de tehnici educaţionale destinat dezvoltării deprinderilor de organizare ale copiilor cu deficit de atenţie şi hiperactivitate (ADHD).

4. METODOLOGIA CERCETĂRII

Design-ul cercetării este un design experimental intrasubiecţi, de tipul pretest-intervenţie-posttest. Variabila independentă este intervenţia.

Cercetarea s-a realizat pe un lot de 60 de elevii din clasele II-IV, cu deficit de atenţie şi hiperactivitate, tipul Neatent, Hiperactiv/Impulsiv si Combinat, integraţi în învăţământul de masă. Elevii fac parte din diferite clase aparţinând mai multor şcoli. În prealabil s-a solicitat acordurile elevilor, cadrelor didactice de la clasă şi părinţilor pentru a participa la această intervenţie pedagogică. Criteriul gen nu a fost operaţionalizat întrucât nu s-au înregistrat diferenţe semnificative raportate la acest criteriu.

Instrumentarul psihopedagogic utilizat a fost: probe de dictare: comprehensiunea unui text audiat: testul

L'alouette (Ciocârlia); proba de comprehensiune a lecturii; Compunerea după imagine; Proba figurii complexe Rey; subtestul Turnul (Nepsy).

Cercetarea de faţă s-a realizat în două etape:

Prima etapă a constat în utilizarea unor instrumente de evaluare pedagogice care au fost aplicate la toată clasa de elevi, unde existau şi elevi cu deficit de atenţie şi hiperactivitate, pentru a observa dacă aceştia prezintă tulburări lexice şi/sau grafice. De asemenea scopul aplicării la clasă a unui instrument pedagogic a fost de a observa comportamentul elevilor cu deficit de atenţie şi hiperactivitate în timpul unei activităţi la clasă. Mulţi elevi cu deficit de atenţie şi hiperactivitate sunt uşor de distras şi au dificultăţi în a-şi concentra atenţia asupra sarcinilor atribuite. S-au aplicat 2 probe de dictare: unul din ele fiind alcătuit din cuvinte şi propoziţii izolate, iar celălalt dintr-un text de opt rânduri. Literatura de specialitate vorbeşte despre o receptivitate sporită faţă de greşelile specifice de transpunere a limbajului oral în limbajul scris – cuvintele mai dificile pentru pronunţie, care sunt compuse dintr-un număr mai mare de silabe şi cu îmbinări de sunete care cer un efort sporit pentru articulare (comprehensiunea unui text audiat). De asemenea s-a evaluat şi fluenţa citirii unui text la prima vedere.

În urma aplicării acestor probe au rămas în studiu 42 de elevi care au avut diagnosticul de deficit de atenţie şi hiperactivitate şi au prezentat dificultăţi de învăţare (probleme legate de lexie şi grafie). Aceştia au fost supuşi unei noi investigaţii, în cea de-a doua etapă care a constat în aplicarea unui instrumentar psihopedagogic.

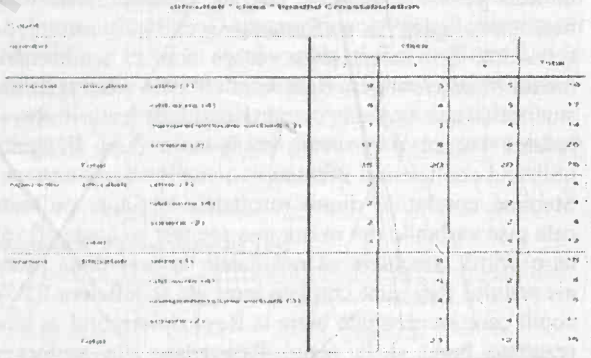
A doua etapă s-a realizat individual într-un mediu liniştit, special amenajat pentru activitate individuală: Testul L'alouette (Ciocârlia) a fost aplicat fiecărui elev cu deficit de atenţie şi hiperactivitate, apoi s-a aplicat proba de citire a unui text la prima vedere şi comprehensiunea textului citit. Proba de evaluare a exprimării în scris – după o imagine a avut drept scop evidenţierea capacităţii de organizare şi formulare a ideilor, de familiarizare cu sistemul gramatical, nivelul vocabularului. Figura complexă Rey a constituit o altă probă aplicată elevilor. A percepe vizual nu este acelaşi lucru cu a suporta un simplu contact senzorial, ci înseamnă o reactivare în contact cu realul a habiturilor vizuale sau a contracta unele noi. Subtestul Turnul din bateria NEPSY care implică planificare, rezolvare de probleme, strategii şi memoria de lucru (reţinerea regulilor) a constituit o altă probă.

În faza de intervenţie s-a implementat un program psihopedagogic de către cadrul didactic de la clasă. La sfârşitul fiecărei săptămâni s-au colectat fişele de observaţie şi s-au distribuit materialele pentru activităţile din săptămâna următoare. S-a discutat cu cadrele didactice despre dificultăţile pe care le-au întâmpinat în aplicarea respectivei tehnici. Intervenţia a fost alcătuită dintr-un set de tehnici de dezvoltare şi consolidare a deprinderilor de organizare şi s-a desfăşurat pe parcursul a opt săptămâni. „Fii as!"- este un acronim care a avut menirea de a le reaminti elevilor cu ADHD că pot avea succese şcolare, dacă abordează sarcinile în mod organizat. Această tehnică s-a desfăşurat pe parcursul a 3 săptămâni. Într-o primă şedinţă s-a discutat înţelesul sintagmei „Fii as!" şi conţinutul acronimului. Elevii au învăţat acest acronim ca şi conţinutul lui. O data ce a fost automatizat, s-a folosit la începutul fiecărei activităţi. Aceste două cuvinte le-au reamintit elevilor că trebuie să gândească pozitiv, creativ, să fie organizaţi, să aibă materialele pregatite şi să noteze informaţia importantă. În următoarele două săptămâni elevii au utilizat liste pentru a se organiza, şi anume liste cu materialele necesare pentru a doua zi sau pentru o anumită activitate şi liste cu cerinţele pentru a doua zi. Următoarele trei săptămâni au fost dedicate utilizării unui calendar săptămânal. Acest caledar a fost unul interactiv, deoarece s-a completat cu evenimente, în colaborare cu elevii. S-a subliniat săptămâna în curs, ziua curentă şi s-a notat orarul şi alte evenimente importante din zi. La finalul progamului, elevii au primit o agendă proprie unde au învăţat să completeze pe fiecare pagină informaţiile de care au nevoie.

5. INTERPRETAREA REZULTATELOR

În cazul tipului de ADHD combinat sunt mai frecvente dificultăţile de scriere, în timp ce, în cazul tipului de ADHD neatent sunt frecvente cele de citire şi scriere iar la tipul hiperactiv dificultăţile citit, scris şi citit-scris s-au întâlnit în proporţie mai mică însă aproximativ egale. Analizând distribuţia pe clase a dificultăţilor de învăţare s-a observat dificultăţile cele mai frecvente au fost întâlnite la proba de scriere şi apoi la cea de citire; comprehensiunea verbală având cel mai mic procentaj situaţie întâlnită la toate clasele.

Tabelul 1. Crosstabs



S-a folosit Chi-Square (tabel 2) pentru a compara diferenţele între frecvenţe pentru asocierile obţinute prin intermediul procedurii Crosstabs (tabel 1), însă diferenţele nu sunt semnificative statistic pentru nici una din cele trei tipuri de deficit de atenţie şi hiperactivitate.

Abordate detaliat, dificultăţile de învăţare, s-a observat că în cazul tuturor tipurilor de ADHD cele mai frecvente dificultăţi întâlnite la scriere sunt substituirile, urmate de omisiuni, apoi adăugiri şi contopiri de litere, silabe. În cazul comprehensiunii unui text audiat, dificultăţile cele mai frecvente prezente la toate tipurile de ADHD a fost identificarea ideilor principale dar au fost întâlnite şi dificultăţi în alcătuirea propoziţiilor. În ceea ce priveşte frecvenţa dificultăţilor la citire asociate cu tipul de ADHD, acestea diferă în funcţie de tipul de ADHD. În cazul tipului combinat cea mai frecventă este citirea lentă, la tipul neatent cea mai frecventă este alterarea pronunţiei cuvintelor existente în forma scrisă.

Împotmolirea pare a fi dificultatea cea mai puţin frecventă, indiferent de tipul de ADHD.

Tabelul 2. Chi-Square Tests

tipadhd		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
combinat	Pearson Chi-Square	,663[a]	6	,995
	Likelihood Ratio	,680	6	,995
	N of Valid Cases	76		
hiperactiv	Pearson Chi-Square	,000[b]	2	1,000
	Likelihood Ratio	,000	2	1,000
	N of Valid Cases	12		
neatent	Pearson Chi-Square	,475[c]	3	,924
	Likelihood Ratio	,468	3	,922
	N of Valid Cases	35		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,73.

b. 6 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,00.

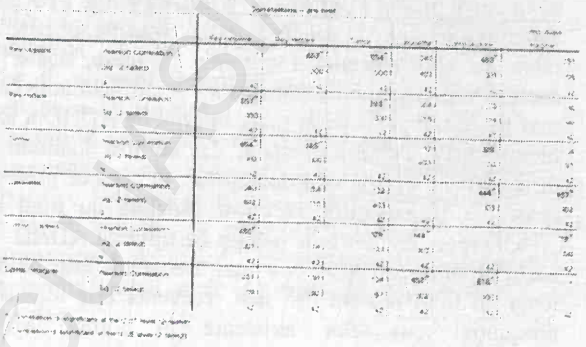
c. 5 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,06.

Analizând frecvenţa tuturor dificultăţilor de învăţare, se poate spune că substituirile, omisiunile şi citirea lentă sunt cele mai frecvente dificultăţi întâlnite în cazul elevilor cu ADHD – combinat. În cazul tipului de ADHD - neatent substituirile, omisiunile şi dificultăţile de identificare a ideilor principale sunt cele mai frecvente dificultăţi, iar în cazul tipului de ADHD – hiperactiv: substituirile, alterarea pronunţiei cuvintelor existente, împotmolirile şi dificultăţile de identificare a ideilor principale.

Ulterior s-a realizat un studiu corelaţional între profilul de funcţionare executivă pus în evidenţă prin teste neuropsihologice şi performanţa şcolară în sarcini de scris-citit. Prin acest prim set de analize s-a urmărit modul în care sunt corelate între ele cele şase variabile studiate (Rey – copiere, comprehensiunea lecturii, Rey – redare, Turnul, L'alouette, compunere după imagine) utilizând coeficientul Pearson.

Studiind corelaţiile dintre rezultatele obţinute pe toate cele şase variabile din măsurarea pre-test se poate afirma ca o primă concluzie că rezultatele la cele două probe ale testului Rey sunt corelate între ele (coeficient 0,65), copiii care au rezultate bune la Rey-copiere tind să aibă rezultate bune şi la testul Rey-redare; de asemenea rezultatele la testul Rey sunt corelate cu rezultatele la testul Turnul (0,65 şi 0,58). Aşadar rezultatele la cele trei probe neuro-psihologice sunt consonante şi puternic corelate.

Tabel 3. Corelaţiile dintre rezultate (pe toate variabilele) din măsurarea pre-test



Rezultatele la cele trei variabile care măsoară performanţa şcolară sunt corelate pozitiv (coeficient 0,61) aşadar, copiii care au rezultate bune la comprehensiunea lecturii tind să aibă rezultate bune şi la compunerea după imagini şi de asemenea la testul L'Alouette. Raportându-ne la ipoteza iniţială, cea cu privire la modul în care profilul de funcţionare executivă pus în evidenţă prin teste neuropsihologice se relaţionează în mod diferit cu performanţa şcolară în sarcini de scris-citit, conform tabelului de mai sus: sunt corelate pozitiv rezultatele de la testul Rey –copiere cu cele de la Comprehensiunea Lecturii (coeficient 0,48), cu alte cuvinte copiii care au avut scoruri bune la Rey-copiere au scoruri bune şi la această variabilă a performanţei şcolare. Scorurile la testul Turnul sunt corelate (coeficient 0,32) cu rezultatele la comprehensiunea lecturii. Mai există corelaţii între rezultatele L'alouette şi Comprehensiunea Lecturii (coeficient 0,44) precum şi între L'alouette şi Compunerea după imagine (0,45). Concluzionând, în ceea ce priveşte măsurătorile din pre-test se poate spune că:

1) Cele trei variabile care măsoară performanţa şcolară (comprehensiunea lecturii, compunere după imagine, L'alouette) sunt corelate pozitiv.

2) Rezultatele celor trei teste neuro-psihologice (testul Rey - copiere, testul Rey - redare Turnul) sunt de asemenea corelate pozitiv între ele.

3) Performanţa şcolară în sarcini de citit (comprehensiunea lecturii) se corelează cu rezultatele la testul Rey – copiere şi cu rezultatele la Turnul.

4) Compunerea după imagine şi L'Alouette nu se corelează însă cu rezultatele celor trei teste neuro-psihologice, putem astfel concluziona că performanţa şcolară se corelează diferenţiat cu testele neuro-psihologice

Pentru a nuanţa aceste constatări dorim să vedem ce se întâmplă cu corelaţiile dacă analizăm diferit, pe clasa din care provine elevul. Astfel, controlând această variabilă, se poate observa că performanţele şcolare sunt corelate pozitiv cu rezultatele la testele neuropsihologice în special la nivelul clasei a III-a, unde comprehensiunea lecturii este puternic corelată cu rezultatele la toate cele trei teste neuro-psihologice. Analizând corelaţiile separat pe copiii cu tratament, respectiv pe cei fără tratament putem observa o diferenţă majoră: în cazul copiilor fără tratament nu există nici o corelaţie între performanţa şcolară şi testele neuro-psihologice; toate corelaţiile care sunt semnificative se pot observa doar în grupa celor cu tratament.

Aceleaşi corelaţii sunt testate separat pe variabila ADHD care împarte subiecţii în cele trei grupe: hiperactiv, neatent, combinat. Se pare că grupa în care asocierile dintre rezultatele la teste neuro-psihologice şi cele de performanţă şcolară sunt mai frecvente este grupa subiecţilor cu ADHD combinat. În cazul tipului de ADHD hiperactiv corelaţiile lipsesc în totalitate iar în cazul tipului neatent se corelează doar rezultatele la testele Rey între ele şi doar rezultatele la probele şcolare de comprehensiunea lecturii şi compunere după imagine, între ele.

S-au efectuat aceleaşi seturi de corelaţii în oglindă pentru variabilele post-test pentru a vedea dacă tendinţele de corelaţie se păstrează. Se observă:
1) Corelaţia pozitivă între testul Rey – copiere şi ambele variabile de performanţă şcolară.
2) Corelaţia pozitivă între testul Rey – redare şi rezultatele la compunere după dictare.
3) Corelaţia pozitivă între testul L'alouette şi ambele variabile de performanţă şcolară.
4) Nici o corelaţie între rezultatele testului Turnul şi rezultatele variabilelor de performanţă şcolară.
În cazul controlării variabilei clasă, la analiza corelaţiilor între variabilele din post-test s-au observat următoarele:
1) La nivelul clasei a II-a corelaţie pozitivă între rezultatele L'alouette şi rezultatele la Comprehensiunea Lecturii.
2) La nivelul clasei a III- a şi a IV-a mai multe corelaţii între rezultatele testelor neuro-psihologice şi performanţa şcolară.
3) La clasa a III-a: corelaţii foarte puternice între rezultatele testelor Rey şi rezultatele în sarcinile şcolare.
4) La clasa a IV-a: corelaţii între compunerea după dictare şi testul Turnul şi între comprehensiunea lecturii şi Rey-copiere.
În cazul observării corelaţiilor pe grupa copiilor cu tratament respective fără tratament se observă o îmbunătăţire faţă de situaţia din pretest, în sensul că nu mai există diferenţe atât de mari între rezultatele copiilor din grupa celor cu tratament comparativ cu cei fără tratament.
În ceea ce priveşte corelaţiile variabilelor din post-test în condiţiile controlării tipului de ADHD, se poate spune că:
1) Nu se observă o îmbunătăţire în cazul tipului hiperactiv, nici în post-test nu avem nici un fel de corelaţii între variabile.
2) La nivelul tipului neatent există corelaţii puternice între rezultatele la testele neuro-psihologice şi rezultatele la sarcinile şcolare.
3) Deşi mai slabe, corelaţiile există şi la nivelul tipului combinat.
Ulterior s-a utilizat Testul T pe eşantioane pereche pentru a testa diferenţa dintre două variabile. S-au comparat aceleaşi variabile (testele Rey, Turnul, L'alouette şi cele privind performanţa şcolară) măsurate înainte de intervenţie (pretest) şi post interventie (post-test).
Astfel, în tabelul 4 Paired Samples Statistics s-au calculat pentru început mediile, mărimea eşantionului. abaterile standard si eroarea standard a mediilor pentru fiecare variabilă, pe pre-test şi post-test.
După cum se poate observa în cazul tuturor perechilor de variabile, mediile între pre-test şi post-test au crescut. Cu alte cuvinte, există o diferenţă între rezultate în sensul unor scoruri mai bune la toate variabilele post-test comparativ cu scorurile din pre-test. De exemplul media rezultatelor la testul Rey – copiere a crescut de la 32.50 la 44.64: media rezultatelor la compunere după imagine (pre-test) a crescut la 48,10 în post-test. S-a verificat dacă aceste diferenţe sunt semnificative.

În următorul tabel al testului apar din nou, pentru fiecare pereche de variabile testate valoarea corelaţiilor dintre variabile şi nivelul de semnificaţie.

Tabelul 4. Paired Samples Statistics

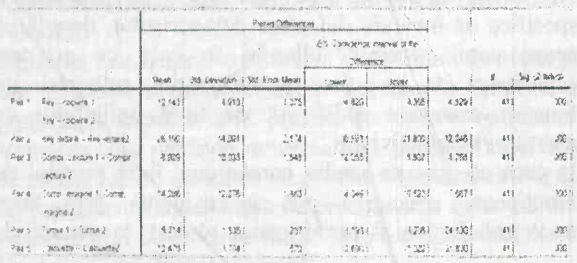
		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Rey – copiere prestest	32.50	42	16.277	2.512
	Rey – copiere posttest	44.64	42	16.016	2.472
Pair 2	Rey –redare prestest	31.79	42	17.030	2.628
	Rey - redare posttest	57.98	42	18.905	2.917
Pair 3	Compr. Lecturii pretest	36.31	42	15.423	2.380
	Compr. Lecturii posttest	45.24	42	17.248	2.661
Pair 4	Comp.imagine prestest	33.81	42	14.348	2.214
	Comp.imagine posttest	48.10	42	15.016	2.317
Pair 5	Turnul pretest	5.02	42	1.220	.188
	Turnul posttest	10.74	42	1.380	.213
Pair 6	L'alouette pretest	32.76	42	12.048	1.859
	L'alouette posttest	45.24	42	11.712	1.807

Tabelul 5. Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Rey copiere 1 & Rey copiere2	42	,848	,000
Pair 2	Rey redare 1& Rey redare2	42	,597	,000
Pair 3	Compr. Lecturii 1 & Compr. Lecturii 2	42	,817	,000
Pair 4	Comp. imagine 1& Comp. imagine 2	42	,663	,000
Pair 5	Turnul 1 & Turnul 2	42	,308	,047
Pair 6	L alouette 1 & Lalouette 2	42	,952	,000

Se poate observa că există corelaţii ridicate între variabilele fiecărei perechi şi că toate aceste corelaţii sunt semnificative. De exemplu, coeficienţii Pearson cei mai ridicaţi (0,84 în cazul variabilei Rey-copiere; 0,95 în cazul testului L'alouette) arată o diferenţă majoră care s-a produs în cazul copiilor între cele două măsurători.
Testul T ne furnizează indicatori conform cărora putem accepta sau respinge ipoteza nulă.

Tabelul 6. Paired Samples Test



Ipoteza nulă poate fi formulată astfel: diferenţa mediilor scorurilor obţinute pe cele două variabile din fiecare pereche nu este una semnificativă. Ipoteza alternativă ar fi că diferenţa mediilor scorurilor pe cele pe cele două variabile din fiecare pereche între pre-test şi post-test este una semnificativă statistic. Având în vedere că, în cazul tuturor perechilor de variabile nivelul de semnificaţie este 0,000 se poate concluziona că scorurile mai bune obţinute de elevi în post-test nu se datorează unor variaţii întâmplătoare ci pot fi atribuite în mod clar intervenţiei educative exercitate între momentele când cele două măsurători s-au făcut.

S-a repetat testul t pe eşantioane pereche pe aceste variabile, controlând şi variabila clasă (elevii au provenit din clasa a II-a, a III-a şi a IV-a). După cum s-a observat nu există diferenţe privind clasa în cazul îmbunătăţirii performanţei şcolare a elevilor. Cu alte cuvinte, rezultatele au fost mai bune în cazul majorităţii elevilor, indiferent de clasa de provenienţă.

S-a utilizat acelaşi test şi în contextul controlării altei variabile, pentru a vedea dacă există diferenţe în performanţa elevilor care au făcut tratament şi a celor fără tratament. Şi în cazul controlului acestei variabile rezultatele sunt concludente: Şi-au îmbunătăţit semnificativ rezultatele atât elevii care au urmat un tratament cât şi cei care nu au urmat vreun tratament, această condiţie ne-producând diferenţe în rezultatele post-test atât la testele neuro -psihologice cât şi la cele de performanţă şcolară.

O altă încercare a fost repetarea testului controlând variabila - TIP ADHD. Cu privire la tipurile de ADHD, analizând rezultatele împărţite pe cele trei tipuri (hiperactiv, neatent şi combinat) se poate spune că în cazul elevilor din grupa neatent şi combinat, intervenţia a avut efect, în sensul îmbunătăţirii performanţelor lor între pre-test şi post-test. În cazul elevilor hiperactivi sunt câteva variabile în care deşi apar îmbunătăţiri între pre-test şi post-test, aceste îmbunătăţiri nu sunt semnificative. Vorbim de rezultatele copiilor hiperactivi la comprehensiunea lecturii şi compunere după imagine (cele două variabile de performanţă şcolară) şi testul Rey – copiere.

6. CONCLUZII ŞI DISCUŢII

Substituirile par a fi cele mai frecvente dificultăţi întâlnite la proba de dictare, indiferent de tipul de ADHD, urmate de omisiuni şi disortografie. În ceea ce priveşte comprehensiunea textului audiat, identificarea ideilor principale este deficitară la toate tipurile de ADHD. La proba de dictare alterarea pronunţiei cuvintelor scrise se regăseşte într-o proporţie ridicată la toate tipurile de ADHD. Faptul că diferitele tipuri de ADHD nu se asociază în mod diferit cu dificultăţile specifice de învăţare din sfera citit-scrisului, denotă că aceşti copii prezintă tulburări în ceea ce priveşte capacitatea de procesare a informaţiei, tulburări ale funcţiei executive indiferent de tipul deficitului de atenţie şi hiperactivitate.

În ceea ce priveşte studiu corelaţional între profilul de funcţionare executivă pus în evidenţă prin teste neuropsihologice şi performanţa şcolară în sarcini de scris-citit se poate afirma că elevii care au rezultate bune la testul Rey-copiere tind să aibă rezultate bune şi la Rey-redare, cei care au rezultate bune la comprehensiunea lecturii tind să aibă rezultate bune şi la compunerea după imagini. Performanţele şcolare sunt corelate pozitiv cu rezultatele la testele neuropsihologice în special la nivelul clasei a III-a.

Se poate concluziona că scorurile mai bune obţinute de elevi în post-test nu se datorează unor variaţii întâmplătoare ci pot fi atribuite în mod clar intervenţiei psihopedagogice care s-a exercitat între momentele dintre cele două măsurători.

7. BIBLIOGRAFIE

Atkins, M.S. & Pelham, W.E. (1991). *School-based assessment of attention deficit-hyperactivity disorder.* Journal of learning Disabilities, 24, 197-204, 255.

Barkley, R. A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* New *York:* Guilford Press.

Cantwell, D.P., Baker, L. (1991). *Association between attention deficit-hyperactivity disorder and learning disorders.* Journal of Learning Disabilities 24(2):88–95

Kytja K. S. Voeller, M.D. (2004). *Attention-Deficit Hiperactivity Disorder* , Journal of Child Neurology; 19 (10): 798-814.394.

Levy, F. & Hobbes, G. (1989), *Reading, spelling, and vigilance in attention deficit and conduct disorder.* Journal of Abnormal Child Psychology, 17, 219/8

Miranda, A., Jarque, S., Tarraga, R. (2006) *Interventions in school settings for students with ADHD.* Exceptionality, 14, 35-52.

Pennington, B.F., Ozonoff, S. (1996). *Executive functions and developmental psychopathology*, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, p. 51–87.

Rappley, M.D. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *New England Journal of Medicine, 352*, 165-173.

Report (2005) on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Connecticut ADHD Task Force 3rd Edition.

Rourke, B.P. (1991). *Fuerst DR: Learning Disabilities and Psychosocial Functioning: A Neuropsychological Perspective.* New York, Guilford.

Sturge, C. (1982). *Reading Retardation and Antisocial Behaviour.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 23, 21-31.

Ungureanu, D. (1998). *Copiii cu dificultăţi de învăţare*, Editura Didactică şi Pedagogică, R.A., Bucureşti.

NATURA VALORILOR SI RELATIVITATEA LOR

GEORGETA I. MIHAI
Institutul Teologic Adventist – Cernica, Romania
www.institutadvantist.ro; e-mail: secretariat@institutadventist.ro

ABSTRACT: Under general context, culture may be considered as a creation of values, being them of spiritual, *material nature or value goods created by people and civilizations for the purpose of enhancing their own lifestyle. No* one knows exactly when has such a *process* started, yet one can notice clearly a strong trend for making the modern culture of value rather relative.This issue rather unsettles the intelectual ellite, who still believe in themselves and still face problems regarding the culture's meaning and destination. A few of the cultural values can excape the fate of questioning their uncertainty and yet everyhing seems to have entered a process of active relativization. There are new and partial values that get imposed without any criticism and we can see the most contradictory ideas imposing themselves. As it regards the understanding and the acceptance of these values' relativity, it seems that a certain „bad concience" imposes the acceptance of new fragile pseudo-values inherently. Nowadays' values do not enjoy anymore an unchangeable and autonomous acceptance. However, we consider that the further development of the human civilization depends also on this process of selection, preservation and renovation of the value system.
The underlying study aims at reviewing the material determinants which made possible the appearance of the spiritual and moral values and represents an attempt to explain the conflict that emerges between the new values and the old, traditional, durable, constant ones.
KeyWorlds: culture, values, dormant conflict, creation, civilization.

1. INTRODUCERE

Cultura poate fi considerată, în sens general, creaţie de valori, atât spirituale cât şi materiale, bunuri valorice create de oameni şi civilizaţii pentru îmbunătăţirea modului de viaţă. Nu se ştie când a început acest proces dar astăzi se observă clar o tendinţă pronunţată de relativizare a valorilor culturii moderne, ceea ce creează nelinişti destul de mari elitelor intelectuale care încă mai cred în ele şi îşi pun probleme referitoare la înţelesul şi destinaţia culturii. Puţine valori culturale scapă de soarta de a fi contestate şi parcă totul pare a fi intrat într-un proces de activă relativizare. Valori noi şi parţiale se impun fără a întâmpina o opoziţie critică şi vedem afirmându-se ideile cele mai contradictorii. În ceea ce priveşte înţelegerea şi acceptarea relativităţii lor, parcă o anume rea conştiinţă impune acceptarea fragilităţii noilor pseudo-valori ca pe un fapt firesc si natural. Astăzi valorile nu se mai bucură de un mod inalterabil şi autonom de acceptare.
Specialiştii psihologi susţin că nu recunoaştem valoarea decât pentru acele lucruri care prin anumite însuşiri ale lor sunt capabile să satisfacă unele nevoi ale individului sau ale colectivităţii. Valoarea se declară atunci doar în funcţie de asociere a ei cu sentimentul de plăcere pe care îl resimte individul în raport cu ea, provocat de posesia obiectului-valoare capabil de a satisface nevoi. Un bun sau un obiect devine valoare dacă trezeşte plăcerea, iar răul este cel care trezeşte durerea şi este, desigur, recuzat. Relaţia directă obiect/valoare-subiect se consideră că stă ca element subiectiv la baza procesului de acceptare sau relativizare a valorilor.

2. NATURA SI RELATIVITATEA VALORILOR

André Lalande susţine că nici nu ar exista valori dacă noi oamenii n-am avea preferinţe şi dorinţe. După părerea lui Simmel sau Bougle, valoarea nu trebuie să aştepte momentul posesiunii pentru a apărea. moment care absoarbe „fiinţa" valorii. Realitatea valorii s-ar constitui mai degrabă din confruntarea dorinţei de a avea şi dificultăţile de a obţine (R. Bougle apud Simmel). Este adevărat că expresia afectivă a relaţiei obiect/valoare-subiect nu poate fi neglijată, dar valorile nu sunt doar lucruri ce poartă unele însuşiri apreciate sau însăşi acele însuşiri luate drept veleităţi. Conform acestei concepţii, realitatea şi valabilitatea valorii se limitează în sfera interioară a individualităţii care o posedă sau râvneşte şi este consumată în momentul posesiei. Având în vedere si tendinţa consumatoristă a omului modern, aflat într-o competiţie acerbă de obţinere a bunurilor, apare lesne de înţeles de *ce* „nota" valorii devine perisabilă si vulnerabilă. Subiectivitatea umană reprezintă deci unul din izvoarele relativizării valorilor.
Sigmund Freud aprecia că starea de spirit momentană şi Eul narcisist şi posesiv decid din nou o ierarhie a preferinţelor, adică alte puncte de vedere opţionale. Valoarea care pretinde universalitate şi autonomie faţă de subiect apare atunci ca un produs al generalizărilor şi abstractizărilor îndepărtate de preocupările concrete ale vieţii omului de rând, ea fiind vidată de orice intimitate sau adevăr emoţional şi afectiv.
R. Müller-Freienfels(1912) consideră valorile generale drept scheme vide pe care personalitatea trebuie să le impregneze cu „esenta" sa pentru a le trezi la viaţă. Si alţi gânditori văd valoarea ca pe o esenţă absolută şi autonomă, atât faţă de lucrurile cărora le-o putem atribui cât şi faţă de subiecţii care o preţuiesc. Pentru Scheler valorile sunt fapte obiective, care aparţin unui anumit mod al experienţei, ce pot fi intuite intenţional şi sentimental. chiar şi când ele nu aderă la un suport oarecare (un om nu poate fi simpatic pentru că aşa decide subiectivitatea noastră).
După H. Rickert valoarea aparţine unei „regiuni" care depăşeşte tot ceea ce există, deci între existenţă şi

valoare vede o adevărată prăpastie. El explică faptul că, în timp ce negaţia existentului suprimă orice reprezentare şi produce ideea nimicului, negaţia valorii lasă, totuşi, loc la ceva ce considerăm a fi „nonvaloare". Caracterul autonom şi absolut al valorilor înţelegem că solicită izolarea lor de lucruri şi de relaţia dintre obiect şi subiect, ceea ce ne face să credem că ele aparţin unei sfere greu identificabile, cu mult mai subtile, cu condiţia să putem spune ce anume este?

Nicholas Hartmann exclude valoarea din sfera existenţei dar o menţine în sfera „fiinţei". Ele sunt, există ca atare, şi pot fi cunoscute ca şi obiectele independente de conştiinţă; sunt esenţe ca şi ideile platonice sau *eidos* despre care tratează Aristotel şi sinonime cu „essentia" scolasticilor. Astfel, valorile au o autonomie ideală necondiţionată de spiritul care le recunoaşte sau lucrurile pe care le întrupează sau condiţionează. Fiinţa lor este apriorică, de aceea spiritul nu se poate sustrage evidenţei valorilor şi nici lucrurilor. Pentru Hartmann valorile nu apar din aspiraţia noastră către anumite bunuri ci ele sunt „condiţiile" posibilităţii bunurilor". Aspiraţia nu este orientată de „fiinţa lor apriorică" ci sentimentul valorii devine semnul prezenţei lor în conştiinţă noastră. Faptul că nu putem ajunge să cunoaştem decât un număr restrâns de valori se datorează limitării conştiinţei noastre.

Avem pe de o parte caracterul de absolută valabilitate al valorilor iar, pe de altă parte, părerea psihologiştilor care le privesc cu relativitatea generată de subiectivismul dorinţelor umane. În concepţia psihologică subiectivistă valorile îşi au originea în nevoile şi aspiraţiile umane şi aceasta restrânge sfera valabilităţii lor în limitele individualităţii care le resimte trebuinţa şi năzuie către ele, chiar şi în momentul îndestulării şi apogeul aspiraţiilor. Concepţia contrară vede originea valorii în sfera autonomă faţă de orice formă determinată a existenţei şi în acest sens nu există spirit care întâlnindu-le să nu recunoască caracterul lor absolut (N. Hartmann, 1925).

Sfera autonomă „sui generis" din care ar proveni valorile rămâne discutabilă. Sfera de provenienţă a unor elemente apărute în conştiinţa omului nu garantează şi valoarea lor, chiar dacă, în spiritul în care ele pătrund, le acordă forme subiective de o valabilitate limitată. Asimilând valoarea în unitatea lui şi adaptând-o la conţinuturile sale, nu este sigur că spiritul nu-i alternează „fiinţa" şi nu-i reduce sfera de valabilitate.

Valorile pot avea o origine subiectivă dar valabilitatea lor depăşeşte subiectivitatea. Este adevărat şi faptul că dorim un bun cu atât mai mult cu cât este dorit de mai multă lume, iar lipsa lui nu apare dureroasă. Pentru psihologi plăcerea îndestulării ar fi reala fiinţă a valorii iar ea nu scade o dată cu accesul liber la valoare. Există plăceri şi satisfacţii egoiste care cresc, referitor la valori pe care nu dorim să le împărţim cu nimeni, dar aspectul nu indică prezenţa unei reale valori. Valorile culturii ar dispare dacă valabilitatea lor s-ar reduce la aria limitată a individualităţii, a judecăţilor şi preferinţelor noastre. Referitor la valorile estetice Immanuel Kant observa „modestia agreabilului" şi „imperialismul frumosului" adică resemnarea unuia de a valora numai pentru individ şi pretenţia celuilalt de a valora pentru toată lumea.

Se poate recunoaşte, în sens larg, că valorile provin din aspiraţiile umane (insatisfacţii personale) şi că ele sunt asociate cu tendinţa de a le impune aprecieri generale. Actul de a resimţi o valoare şi cel de a-i recunoaşte valabilitatea generală nu se anulează reciproc, el poate presupune şi o acţiune de valorificare a valorii. Părerea psihologizantă susţine însă că orice valoare este valabilă numai pentru cel care o resimte, că raza de valabilitate a ei nu depăşeşte niciodată individualitatea valorificatoare.

După „autonomişti" valoarea este o esenţă autonomă care poate fi cunoscută, ea ia forma raportului cu spiritul şi îşi pierde o dată cu aceasta autonomia ei absolută. Valoarea devine pentru fiecare expresia unei anumite posibilităţi de adaptare satisfăcătoare între lucruri (bunuri) şi conştiinţă iar cine resimte o valoare realizează această adaptare, cine doreşte încearcă s-o realizeze, cine nu-şi doreşte şi n-o resimte n-a realizat-o încă, dar o poate realiza când îi vor fi date condiţiile adaptării.

Sentimentul valorii câştigat şi actul de valorificare a valorii sunt solidare, deoarece se presupun reciproc şi pot conduce la crearea de valori – acţiunea de a le încredinţa unui suport concret pentru a obţine bunuri (economice, ştiinţifice, opere de artă etc.). Creaţia surprinde raportul adecvat dintre unele dorinţe sau nevoi şi lucruri - bunurile care le pot satisface. După Paul Valéry: creaţia artistică presupune un „calcul de efecte exterioare", iar arta este o „problemă de acomodare"; ceea ce poate face dintr-un artist oricare un alt creator de bunuri culturale "(Valéry, 1996).

Prin lucrarea tuturor creatorilor, prin tehnică şi artă, prin opere ştiinţifice şi instituţii, prin codificări şi ritualuri, ne înconjurăm cu un mediu axiologic condiţional care restrânge, cu mult, libertatea noastră de a valorifica personal şi chiar pe aceea de a găsi valori noi. Acesta este şi motivul pentru care oamenii îşi revizuiesc periodic soluţiile de viaţă cuprinse în operele lor şi înainte de a trece sub noi legături, sau de a le reface pe cele vechi, ei trăiesc impresia unei alunecări generale reprezentate în conştiinţă. Unii reacţionează la acest sentiment dizolvant adaptându-se „primejdiei" sau înfruntând-o de pe o poziţie opusă.

Radicalismul va acuza întotdeauna contrastele şi va încerca să rupă legăturile. Poziţia dispusă la integrare şi armonie v-a privi „adevărul" mai larg dar fiecare individ sau grup omogen de indivizi nu vor putea cuprinde valoarea decât din unghiul lor subiectiv. Relaţia creată va interesa întreaga lume pentru că libertatea spirituală şi dreptul fiecăruia de a-şi exprima poziţia personală, referitor la afirmarea valorilor şi respingerea de non-valori, ţine de esenţa umană şi este în sine o valoare universală.

3. CARACTERUL *IRATIONAL (METARATIONAL)* AL VALORILOR

Valorile sunt privite ca instrumente culturale de orientare într-un domeniu, indiferent dacă acesta ţine de natură/materialitate sau spiritualitate. In lucrări, la modul general, convenţional, ele apar grupate în mari categorii culturale: valoarea economică, teoretică, juridică, politică, etică/morală, estetică şi religioasă. Acestei structuri, Tudor Vianu adaugă valoarea vitală

care este una personală, materială, liberă şi perseverativă (spre exemplu: sănătatea omului, puterea şi frumuseţea fizică, forţa temperamentului, vitalitatea, spiritualitatea lui etc.). Dat fiind manifestările şi cerinţele lumii moderne, valorile vitale sunt văzute ca instrumente/mijloace - scopuri în sine ale vieţii - totodată, categorii ale spiritului uman, prin care se exprimă superioritatea biologică şi spirituală a omului, ceea ce îl diferenţiază de ceilalţi (T.Vianu, 1998,101).

În decursul istoriei doctrinelor au existat mai multe tentative de supraordonare a valorilor culturii, de a ridica una din valori la rangul de clasă supraordonată în funcţie de care se pot definii toate celelalte. În Antichitate, spre exemplu, valoarea supremă supraordonată era cea teoretică sau adevărul, în legătură cu care se definea şi valoarea morală. În problema etică pentru Socrate „binele" este „cunoştinţă" iar „răul" nu este decât ignoranţă - astfel valoarea morală derivă din valoarea teoretică sau intelectuală. Nu numai binele se află în dependenţă cu adevărul ci şi frumosul. În „Poetica" vedem cum Aristotel compară Poezia cu Istoria apreciind că prima este mai adevărată şi preţioasă decât cealaltă, întrucât rezultatul esenţial şi necesar al poeziei este frumosul – un adevăr mai profund decât întâmplătorul şi accidentalul realităţilor istorice.

Au existat încercări de a se constitui ca *genus proximum* al celorlalte valori valoarea morală. Atât adevărul cât şi valoarea estetică au fost definite în dependenţă de valoarea morală iar dovada că frumosul înnobilează este şi astăzi folosită pentru a asocia supraordonarea cât şi indisociabilitatea acestor valori. Mai mult decât atât, germanul J.G. Fichte, în referirile făcute asupra confruntării a două doctrine dominante în gândirea filozofilor de la sfârşitul secolului al XVIII-lea şi începutul secolului al XIX-lea - dogmatismul şi idealismul - afirma că filozofia pentru care optează cineva depinde de „felul caracterului său". Concepţia se apropie de un anume sens al conceptului de „Weltanschauung" lansat şi analizat de C.G. Jung, care ar sublinia ideea că orientarea filozofică a omului de ştiinţă depinde de conştiinţa sa şi atitudinea faţă de lume: filozofică, religioasă, estetică, idealistă, realistă, romantică, practică etc. Dogmatismul, după Fichte (2005), în latura lui practică, este un fel de glorificare a pasivităţii, iar idealismul corespunde înclinării active a omului capabil să transforme realitatea universului. Dogmaticul prezintă morala sclavă a pasivităţii iar idealistul subscrie pentru morala nobilă, activă, curajoasă care coincide cu noblețea caracterului personal moral.

În gândirea modernă, tendinţa de a defini valorile în dependenţă unele faţă de altele, prin constituirea unei clase supraordonate, a fost depăşită. Nici psihologia nu mai consideră că, spre exemplu, conştiinţa răului este suficientă pentru ca răul să fie înlăturat. Practicarea unei conduite morale poate fi formală şi să nu amelioreze sufleteşte pe nimeni, chiar îl poate face pe om să se simtă frustrat dacă nu îi este în fire acest lucru. Pedagogia şi etica modernă recomandă, cu insistenţă, formarea deprinderii morale, atrăgând atenţie asupra slăbiciunilor umane sau a nulităţii mijloacelor pur intelectuale. Deci conştiinţa răului nu elimină posibilitatea de a greşi.

Atât pentru antici, cât şi pentru esteticienii timpurilor noi, frumosul are valoare de adevăr. Prin natura lui profundă, intrinsecă, frumosul înnobilează fiinţa umană iar el nu trebuie să fie preocupat în nici un fel de tendinţa morală afişată care-l poate compromite. Spre exemplu, o operă de artă de valoare ne obligă să-i recunoaştem însuşirile pe care norma interioară a valorii estetice nu le urmăreşte. Lumea valorilor este o lume originală iar ele nu au alt *genus proximum* decât totalitatea lor (T.Vianu,1998). Lumea valorilor este plină de sensuri şi se deosebeşte cu desăvârşire de lumea perisabilă a obiectelor fizice de care suntem permanent înconjuraţi.

4. IREDUCTIBILITATEA VALORILOR

Nici una din valori nu poate fi ridicată la rangul unei clase supraordonate în raport cu care celelalte să poată fi definite şi, se poate afirma că, fiecare valoare are o finalitate în sine - intrinsecă. Niciuna nu este reductibilă faţă de o altă. Valoarea este esenţa unei culturi dar, în esenţa ei, valoarea este ceva de nedefinit, aproape ceva iraţional, în sensul că depăşeşte raţiunea omului pe care îl orientează în viaţă. Valorile sunt iraţionale în măsura în care raţiunea nu poate reduce necunoscutul la cunoscut (T.Vianu 1998, 162).

Dacă valorile nu au o reductibilitate logică, se poate pune întrebarea dacă ele posedă, totuşi, o reductibilitate genetică (istorică). Ştiinţa culturii a pus în evidenţă şi astfel de împrejurări. S-a susţinut că cel puţin unele dintre formele artei primitive s-au dezvoltat treptat din viaţa religioasă, că însăşi ştiinţa ar fi un bun (valoric) dezvoltat din încercările de explicare a lumii care, în cadrul larg al mentalităţii magice a popoarelor primitive, ar avea un caracter religios. Posibilitatea unei subordonări logice nu a putut fi total exclusă, sublinierea unor astfel de derivate din valoarea religioasă sunt frecvent menţionate în ştiinţa artei. Studiul celor mai îndepărtate cauze aduce în prim plan un factor ireductibil, cum că sursa valorilor estetice ar fi instinctul artistic al omului, trebuinţa de a prelucra materia, pentru a obţine priveliştea plăcută a combinărilor ingenioase de calităţi sensibile. Deci, pe lângă toate celelalte cauze, există un instinct autonom care coincide cu însăşi raţiunea de a exista?

Immanuel Kant (1998) a susţinut *ireductibilitatea* valorilor plasându-se în contradicţie cu întreaga filozofie anterioară ce ridica valoarea teoretică la rangul de valoare supraordonată: binele şi răul se defineau în funcţie de adevăr. El susţine că cele trei manifestări ale sufletului omenesc producător de cultură – adevărul, binele, frumosul - rezultă din trei energii speciale ale spiritului uman: *adevărul* din raţiunea pură; *binele* din raţiunea practică iar *frumosul* din sentiment, energii care nu comunică între ele. El ne pune în faţa caracterului profund „iraţional" şi ireductibil al valorilor. Acestea pot fi definite prin însuşirile caracteristice, pentru fiecare, ce alcătuiesc diferenţele specifice, aceasta în funcţie de aspiraţiile sufleteşti satisfăcute cu ocazia materializării fiecărei valori în bunuri.

5. DIFERENTIEREA VALORILOR

În epoca modernă valorile apar net *diferenţiate*, specifice unui domeniu, dar şi comune lor şi există

avantaje, cât şi dezavantaje, ale acestei diferenţieri întrucât ea devine o condiţie a progresului cultural, a libertăţii individuale şi toleranţei. Procesul modern al diferenţierii valorilor a fost învinovăţit că a produs o dezorganizare a societăţii: a încărcat conştiinţa omului modern cu sentimentul deprimant al lipsei unei teme centrale de viaţă; că trăind conştient această diferenţiere omul nu mai poate recâştiga sentimentul de totalitate în faţa vieţii, fapt care ar echivala cu o diminuare a sa. Pe de altă parte, diferenţierea valorilor este un câştig modern de care nu se mai poate face abstracţie, este condiţia esenţială a temei prometeice a omului modern, cuceritorul naturii şi al spiritului. Există însă şi posibilitatea ca, în anumite condiţii incluse psihologiei individuale, omul orientat de valori diferenţiate să recucerească perspectiva totalităţii.

Diferenţiate, valorile pot fi mai uşor definite, încadrate prin însuşirile caracteristice impuse de un domeniu. Spre exemplu valoarea *economică* se înrădăcinează în nevoia de întreţinere a vieţii omului şi societăţii. Valoarea *teoretică* se dezvoltă din nevoia de a organiza experienţa care fără direcţiile unei sistematizări *ştiinţifice* n-ar fi decât un haos vibrant de impresii pur subiective. Există în sufletul uman şi o nevoie (aspiraţie) căreia îi corespunde valoarea *etică*, generatoare de iubire şi respect faţă de semeni, care determină şi o *morală* corespunzătoare ce îşi are izvorul în iubire şi solidaritate. Orice morală se pare că îşi are sursa în nevoia de a iubi, de a simpatiza cu semenul, de a adora pe cei puternici şi, poate, de a te bucura de prosperitatea vieţii aproapelui umil de lângă tine. Reprezentarea aceasta presupune normalitatea pentru că nu putem nega, desigur, faptul că unii oameni sunt animaţi de sentimente de gelozie şi invidie. Nevoia de afecţiune este o trebuinţă sufletească a omului care l-a ajutat să supravieţuiască în mediul cel mai vitreg şi, selectiv, să îşi organizeze viaţa în comunitatea din care făcea parte. Cu alte cuvinte, există în om şi aspiraţia de a organiza relaţiile dintre membrii aceleiaşi comunităţi, aspiraţie căreia îi corespunde valoarea *politică*.

Pentru a se elibera de atâtea constrângeri şi obligaţi sociale, impuse sau autoimpuse de disciplina minţii sau rigurozitatea ştiinţifică, omul a dezvoltat nevoia de a-şi elibera puterea fanteziei şi a sentimentului cărora le răspunde valoarea *estetică*. *Estetismul*, după Abraham Maslow, este o nevoie psihologică înaltă, legată de dezvoltarea personalităţii omului, care îl defineşte. Nevoia de armonie şi frumos rezolvată devine un nivel superior atins în evoluţia omului iar ea dezvăluie valoarea lui pentru el însuşi şi pentru comunitate. Nevoia de înţelegere a lumii, în care îşi desfăşoară existenţa şi contactul cu universul ca întreg, au generat în om sentimentul relaţiilor care îl leagă prin rădăcini multiple de întreaga fiinţă a universului, o nevoie/aspiraţie căreia îi răspunde valoarea *religioasă*.

Întruparea valorilor dă naştere pe rând utilului, bunurilor culturale şi sociale, generând realizarea valorilor din fiecare categorie menţionată. Când apreciem un bun cultural, care intră în sfera unei valori, actul devine unul cultural subiectiv. El este însoţit de un sentiment specific: al utilităţii, al adevărului, al binelui, al frumosului, al ordinii şi al divinului, care a sădit în om şi universul său ideea *sfintei ordine în viaţă* - *„sancta masserizia"*. Termenul apare şi în autobiografia lui Benjamin Franklin atunci când încearcă să explice dorinţa sa intimă de a realiza în viaţă perfecţiunea morală, de a-şi ordona existenţa în aşa fel încât să elimine din ea orice eroare posibilă. El mărturiseşte că a dorit să se plaseze deasupra a ceea ce ar fi putut să-i dicteze fie o înclinaţie naturală, fie obişnuinţele, fie convenienţele sociale şi să facă ceea ce considera că este drept, corect. Termenul îl consacră pentru prima oară Leon Battista Alberti, un renumit scriitor şi arhitect al Renaşterii, într-un document reprezentativ pentru mentalitatea burgheză intitulat *"Del governo della famiglia"*, prin care arată linia de conduită morală pe care familia burgheză se cuvine s-o respecte (L.B.Alberti apud Vianu,1998,185). Moralul apare în lucrarea sa strict asociat (conciliat) cu economicul. După părerea sa omul axat pe realizarea de bunuri materiale concepe viaţa sub unghiul utilităţii, dar nu poate şi nici nu trebuie să se înstrăineze de îndrumarea morală. Producerea de bunuri materiale efective cere o disciplină de viaţă, sobrietate şi ordine care trebuie să provină din interiorul (morala) omului.

6. CONFLICTUL DINTRE VALORI

Referitor la bunuri şi achiziţionarea lor Aristotel susţine în lucrarea sa *Politica* (1998, I 3,9) idea că, menirea curajului nu este să faci bani ci fapte bărbăteşti şi nici menirea artei războiului şi a medicinei nu este să facă bani, ci menirea celei dintâi este să aducă biruinţa iar a celei de a doua să aducă omului însănătoşirea. Prin afirmaţia sa filozoful condamnă punctul de vedere economic şi subliniază faptul că între valori există un *conflict latent* care poate dezechilibra balanţa sentimentelor şi a sufletului. Sinteza şi armonia, care ar putea aplana conflictul latent al valorilor, rămâne o problemă a omului şi societăţii. Aristotel observă că există două feluri de agonisire a bunurilor necesare întreţinerii vieţii: acela care rezultă din scoaterea din natură a lucrurilor folositoare vieţii şi aceea de „agonisire a bunurilor" apreciată de el ca fiind „nenaturală" (cea pe care o aduce comerţul prin intermediul banului). Multiplicarea banilor prin bani el n-o admite, deoarece contrazice indicaţia naturii, mama natură care călăuzeşte judecata etică. După Aristotel agonisirea avuţiei este de două feluri: una comercială care îşi atrage câştigul din sine însuşi şi alta domestică, ultima fiind singura necesară şi vrednică de laudă deoarece îşi trage câştigul de la natură. Împrumuturile pe dobândă şi camătă sunt acuzate de el pentru că îşi scot câştigul tot din bani, cărora nu le lasă destinaţia pentru care au fost creaţi (o monedă de schimb pentru produsele naturii). Pentru antici şi filozofii Evului Mediu, în operele cărora punctul de vedere aristotelic era mai mereu citat, dobânda este un lucru opus naturii. Textele lui Aristotel subliniază argumentat, conflictul care apare între punctul de vedere economic şi cel estetic şi moral.

Referitor la conflictul posibil al valorii economice cu celelalte tipuri de valori, Tudor Vianu (1998) subliniază că este posibil ca resorturi intime ale structuri tipologice sufleteşti să intre în rezonanţă cu anumite tipuri de valori, în care una devine centrală, dominantă, determinând o corespondenţă cu celelalte sau diferite

configuraţii sufleteşti corespunzătoare lor. Cert este că una din valori devine axa fiinţei proprii şi le acţionează pe toate celelalte subordonându-le.

Conflictul unanim tratat de moralişti este cel dintre valoarea economică şi celelalte valori. Găsim descris tipul omului economic – purtătorul şi păstrătorul valorii economice care îi domină realitatea. Pentru el lumea este un mare domeniu de utilităţi; eforturile lui se îndreaptă spre producerea de bunuri economice după norma (principiul) marelui randament şi un minimum de efort. Efortul minim presupus a atras după sine comentarii critice referitoare şi la un alt conflict implicit: purtătorul valorii economice întră obligatoriu în conflict fie cu valoarea teoretică, fie cu valoarea estetică, ori cu cea morală. În Antichitate, în care a dominat punctul de vedere al omului teoretic – căutător al adevărului – termenul grecesc de *banausos* denumea omul orientat către câştig, către folosirea (specularea) tehnică şi economică a vieţii. În portretul descris de antici se deprecia acest tip omenesc care nu se compara cu omul teoretic – eroul reprezentativ al acestei epoci istorice. Nu apare atât de acuzabilă acţiunea de producere a bunurilor materiale cât agonisirea în exces a lor şi, mai ales, tehnicile şi metodele utilizate în folosirea „braţelor omeneşti". De asemenea, folosirea intelectuală, în cazul omului teoretic, avea o valoare mult mai mare de demnitate, dacă nu chiar singura care asigură demnitatea fiinţei umane.

Într-un pasaj din lucrare sa „Politica" (1998, I 3,9.) tot Aristotel descrie primul conflictul dintre valoarea economică şi cea estetică. El spune: „Oamenii, din nefericire, se îngrijesc numai de a trăi şi nu de a trăi frumos", ceea ce ne sugerează că el acordă un scop cu mult mai înalt vieţii. Pentru filozof, însăşi *omul estetic* (cel care vrea să introducă viaţa sa şi aspectele care-l înconjoară în sfera frumuseţii şi armoniei) sucombă sub puterea economicului. Pasajul său continuă cu o observaţie interesantă: „Dorul de viaţă fiind infinit, oamenii se străduiesc să strângă mijloace infinite de a trăi; chiar şi cei care năzuiesc să trăiască frumos caută, mai ales, plăcerile corporale şi, fiindcă acestea se ştie că se procură cu bani, toată străduinţa lor se învârteşte în jurul afacerilor unde se câştigă banii, astfel încât ramura *chrematisticei* de aici s-a născut" (*Chrematistica* - considerată arta înavuţirii care-l face pe om să se abată de la norma dreptei conduite în viaţă).

Valoarea economică intră în conflict şi cu valoarea religioasă. Există un conflict esenţial între tendinţa spre pioşenie a omului religios, care îşi trăieşte viaţa întru Dumnezeu şi viaţa adânc înrădăcinată în realităţile acestei lumi a omului economic. În religia creştin-ortodoxă şi *Biblie* se afirmă că nici un om nu ia cu el în mormânt bogăţia şi onorurile câştigate, ele sunt doar amăgiri în viaţa care-l îndepărtează pe om de Dumnezeu. După Sfântul Luca bogăţia face mântuirea cu mult mai grea şi „este mai uşor unei cămile de a trece prin urechile acului decât bogatului în împărăţia cerului". Din textul biblic înţelegem că iubirea de bani este izvorul tuturor relelor adică banul agravează şi nu uşurează servitudinea ce-l ţine pe om în păcat. Banul întoarce sufletul omului de la Dumnezeu şi îl orientează spre *creatură*; îl face incapabil de sfânta meditaţie; el naşte conflicte de tot felul şi războaiele între naţiuni. fiind izvorul tuturor nedreptăţilor şi al tuturor agresiunilor; el distruge caritatea şi operele cele bune; seamănă discordie în familii ducându-i pe oameni în ispita păcatului (Baxter apud W.Sombart: *"Le bourgeois",1928*). Se poate spune după ideile exprimate că valoarea economică s-ar găsi într-un conflict general cu valoarea religioasă, estetică, morală şi teoretică. Se pare că adâncind punctul de vedere al valorii economice, după antici şi moralişti, oamenii nu au mai putut răzbi către punctul de vedere al totalităţii vieţii.

Şi între valoarea teoretică şi valoarea religioasă a existat un conflict care a fost surprins încă din Evul mediu. Când valoarea religioasă a dobândit supremaţia, *omul teoretic* cu veleităţi ştiinţifice, acela care caută adevărul pentru adevăr, a devenit *eretic*.

Dar să ne întoarcem totuşi la *morală*, la cele susţinute de B. Franklin, eroul prin excelenţă al civilizaţiei economice americane, şi de Leon Battista Alberti (artist, poet, arhitect si filozof din perioada Renasterii) care considerau că *moralul* apare în strânsă corelaţie şi asociere cu *economicul*. Ei susţin ideea de *raţiune* guvernată de *sfânta ordine în viaţă*, de înţelepciune cumpătată, în care omul moral, animat de dorinţa de perfecţiune, are dreptul să se bucure de toate succesele sale. Perfecţiunea însă nu există dar este meritoriu faptul că omul se străduie în viaţă s-o atingă fără a greşi, fără a părăsi linia morală. Sarcina aceasta este cea mai grea pentru că, după cum afirmă Franklin, obişnuinţa este mai puternică decât vigilenţa. Dispoziţia naturală a omului capătă preponderenţă asupra raţiunii şi simpla convingere teoretică, potrivit căreia este în interesul nostru de a fi cu desăvârşire virtuoşi, nu ajunge să ne prezerve de greşeli. Trebuie să spargem vechile obişnuinţe şi să dobândim altele pentru a asigura vieţii noastre un caracter invariabil onest. Franklin recomanda o metodă care conţine şi unele principii pe care omul economic trebuie să încerce să le introducă treptat ca deprinderi active în viaţa lui. Printre acestea sunt: temperanţa, tăcerea, ordinea, decizia, modestia, zelul, loialitatea, echitatea, stăpânirea de sine, curăţenia, echilibrul moral, castitatea. În vederea achiziţiei şi unei bune administrări a averii moştenite sau câştigate prin efortul său, omul economic trebuie să îşi impună o disciplină morală *(Project for Moral Perfection. From* „The Autobiography of Benjamin Franklin").

Recomandările lui Franklin ne sugerează trecerea spre punctul de vedere moral, pe care îl putem vedea azi asociat cu orice altă valoare, fie ea ştiinţifică, estetică, religioasă sau politică. Rămâne însă de văzut ce se înţelege prin loialitate şi onestitate. Spre exemplu, în epoca Renaşterii prin onestitate se înţelegea o conduită care consta dintr-o bună şi conformă purtare în societate, respect de sine şi tendinţa de a menţine buna imagine a semenilor despre tine. Preocuparea legată de respectul faţă de sine şi de a câştiga şi menţine respectul celorlalţi, este cheia onestităţii în sensul clasic. Interesele individualităţii şi ale grupului intră adesea într-o coliziune care schimbă raportul acestora adică, pentru a-şi păstra respectul faţă de sine persoana este nevoită să renunţe la poziţia compliantă faţă de membrii unui grup.

Grija lui B. Franklin faţă de propria imagine oferită celorlalţi o acceptăm, adică grija de a fi constant

continuu, de a fi „muncitor şi sobru" pentru a nu-i decepţiona cu o imagine contradictorie. Este adevărat că omul trebuie să reuşească prin educaţie să fie capabil de un autocontrol eficient, referitor la atitudinile legate de dorinţele şi obişnuinţele sale şi un doar atât. El subliniază chiar un simţ al situaţiilor compromiţătoare pentru reputaţia sa când mărturiseşte: „mă îmbrăcam în chip modest; nu mă lăsam niciodată văzut în locuri unde lumea se deda la distracţii josnice şi niciodată nu mă duceam nici la vânătoare nici la pescuit", o sobrietate înţeleasă de el ca un bun moral care rezultă din situaţia specifică a omului economic, văzut în epoca sa ca cetăţean de seamă şi de încredere pentru comunitate (B.Franklin: *Project for Moral Perfection From* „The Autobiography of Benjamin Franklin").

În completarea tabloului de corelări posibile ne apare ca evidentă ascensiunea economicului către moral şi o reabilitare a lui. Nu lipseşte nici ascensiunea lui către teoretic. Primii care subliniază această corelaţie pozitivă posibilă sunt filozofii şi poeţii antici precum Homer, Demostene, Platon, Pliniu cel Bătrân dar şi alţii.

Citându-l pe Alberti care esenţializează învăţătura anticilor, W.Sombart (1928) trage concluzia că simpatia burgheziei se îndreaptă, mai ales, către filozofia stoică, cea caracterizată de o aderare la normele raţiunii şi printr-o reprimare a instinctelor animalice; îndrumare care se potrivea destul de bine cu nevoile producţiilor economice. Acest aspect subliniază posibila înclinaţie a omului teoretic către o reflectare filozofică asupra vieţii. Corespondenţe benefice ale punctului de vedere economic cu cel religios găsim şi în tema studiilor sociologice ale lui Max Weber consacrate acestei probleme. El susţine că la baza formării mentalităţii capitaliste moderne stă o contribuţie religioasă puternică – cea *protestantă*. Din lucrarile sale rezultă că omul economic este capabil să trăiască, să rezoneze cu unele valori religioase, să fie puternic dar şi onest. Ideea lansată este aceea că, averea sau bunurile agonisite de omul pios şi drept, capătă rădăcini adânci în pământ, aduc binecuvântarea lui Dumnezeu şi se transmit copiilor şi nepoţilor. Atât averea cât şi copiii le primim ca pe o binecuvântare a faptelor noastre întreprinzătoare care devin prin voinţa divină şi prospere. De la Dumnezeu primim totul dar trebuie să pornim de la o situaţie religioasă, stare interioară plină de pietate, dacă dorim ca acţiunile noastre întreprinzătoare de cucerire economică a vieţii să reuşească (Max Weber, 1993).

7. CONCLUZII

Din final transpare ideea că valoarea economică nu este, în principiu, incompatibilă cu niciuna dintre valorile prezentate de antici ca opuse. Există posibilitatea creări unor constelaţii de valori chiar în jurul valorii economnice care devine una principală ce le domină pe celelalte. Rămâne de analizat modul în care valorile comunică în interiorul structurii sufleteşti a omului care traieşte în conjuncturi ce-l pot indepărta sau apropia de unele valori. Limitarea cunoaşterii şi a câmpului de conştiinţă. îl poate izola în ignoranţa şi să nu-i permită accesul la alte tipuri de valori.

Ireductibilitatea valorilor a fost stabilită de Kant care considera valorile ca fiind esenţe raţionale ontologice şi culturale la care omul are acces prin intermediul conştiinţei. Conflictul dintre ele nu se soluţionează în cadrul aceluiaşi orizont ontologic prin subordonare. Sursa genezei şi comunicării lor se află în structura sufletească, mai mult sau mai puţin unitară, a caror energii canalízate vor deveni şi functionale.

Problema conflictului dintre valori este de fapt o problemă a realizărilor valorice şi ea se poate rezolva prin determinarea valorilor „exponente" ale unei culturi, prin adâncirea cercetării culturii respective până la condiţiile ei de posibilitate, la dimensiunile multiple ale unei structuri fundamentale care pot comunica şi interacţiona în acţiunea lor fondatoare.

8. BIBLIOGRAFIE

Andrei, Petre (1945). *Filosofia valorii*, Fundatia Regelui Mihai I, Bucuresti;

Antologie Platoniciană (1996). *Miturile lui Platon*, Editura Humanitas, Bucureşti;

Aries Philippe & George Duby (1194). *Istoria vieţii private*, vol. 1 şi 2, Editura Meridiane, Bucureşti;

Aristotel (1998). *Politica* in „Etica Nicomahică", Editura IRI, Bucuresti, 1998;

Aristotel (1998). *Poetica*, Editia a II-a, Editura IRI, Bucuresti;

Barnes Jonathan(2006). *Aristotel*, Editura Humanitas, Bucuresti;

Braudel Fernand (1994). *Gramatica civilizaţiilor*, vol. 1, Editura Meridiane, Bucureşti;

Cassirer Ernst (1994). *Eseu despre om. O introducere în filozofia culturii umane*, Editura Humanitas, Bucureşti;

Fichte, F. (2005). *Etica*, Ed. De Riviera de Rosales, Madrid;

Franklin Benjamin. *Project for Moral Perfection.* From „The Autobiography of Benjamin Franklin", The Ayn Rand Institute (www.aynrand.org);

Freud, S. (2000). *Studii despre sociatate si religie*, Opere 4, Editura TREI, Bucuresti;

Hartmann Nicholas (1925). *Ethik*, de Gruyter, Berlin-Leipzig ;.

Jung, C.G.(1994). *Puterea sufletului. Antologie, Prima parte:Psihologia analitică Temeiuri*, EdituraAnima. Bucuresti;

Kant, I.(1998). *Critica ratiunii pure*, Ed. A III-a, Editura IRI, Bucuresti;

Lalande,A.(1910). *La theorie des valeurs*, Payot, Paris;

Maslow, A.(2007). *Motivatie si Personalitate*, Editura TREI, Bucuresti;

Sombart, Werner (1928). *Le Bourgeois*. Editions Payot, Paris;

Simmel, Georg (1900). *Philosophie des Geldes*, Leipzig;

Scheler Max (1954). *Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*, Vol. II , Frankfurt am Main;

Valéry, Paul (1996). *Criza spiritului si alte eseuri*, Editura Polirom, Iasi;

Vianu,T. (1998). *Filosofia Culturii* si *Teoria Valorilor*, Colectia: Carti fundamentale ale culturii romanesti. Editura Nemira, Bucuresti;

Weber, Max (1993). *Etica protestanta si spiritul capitalismului*, Editura Humanitas, Bucuresti.

DE CE UN SCREENING AL PROBLEMELOR EMOȚIONALE ȘI COMPORTAMENTALE ÎN MEDIUL ȘCOLAR?

ANCA ELENA PANĂ, DORINA LOGIN
Școala cu clasele I-VIII "Horea" Cluj-Napoca; anca_arsin@yahoo.com
Centrul de Sănătate Mintală Deva; dorinalogin@gmail.com

ABSTRACT: Mental health problems are affecting more and more people, including children and teenagers. A great part of those with such problems are not identified and do not receive proper care in time, which aggravates these problems. The identification of emotional and behaviour problems represents a necessity when organizing an intervention, and the screening examinations done inside the school community represents the solution.
Key words: Emotional problems, behaviour problems, school population, screening.

1. INTRODUCERE

Profesioniștii din mediul școlar și domeniul sănătății surprind o amplificare a problemelor de sănătate mintală la copii și adolescenți. În primul rând sunt sesizate problemele comportamentale, relaționale, atenționale, mai accesibile perceperii directe, nemijlocite și mai „deranjante" pentru anturaj. Problemele internalizate sunt și ele frecvente, afectând starea de bine a copilului și adolescentului, dar sunt mai greu accesibile anturajului. Rezultatele diferitelor studii, statisticile și prognozele OMS atrag atenția asupra creșterii numărului de copii și adolescenți afectați de aceste probleme. Se menționează, pe de o parte, amplificarea problemelor și pe de altă parte, faptul că un număr important de cazuri nu sunt depistate la timp și tratate corespunzător, astfel încât se agravează, afectând indivizii și comunitatea. Observațiile specialiștilor, datele oferite de studiile realizate în diferite zone geografice, sunt în acord în a atrage atenția asupra amplificării frecvenței și gravității problemelor de internalizare și externalizare și deteriorării stării subiective de bine în populația de copii și adolescenți. Scopul pe care ni l-am propus este acela de a aduce argumente privind necesitatea unui screening în populația școlară în scopul depistării problemelor de sănătate mintală (clinice/subclinice) la copii și adolescenți și al organizării unor programe de intervenție adaptate nevoilor reale. În acest scop aducem în discuție două categorii de argumente: (a) teoretice, bazate pe concluziile, datele găsite de diferite studii, anchete, așa cum sunt ele prezentate în literatura de specialitate și (b) prezentarea rezultatelor preliminare ale unui screening realizat la elevii din clasele V-VIII.

ASPECTE TEORETICE: ARGUMENTE ÎN FAVOAREA UNUI SCREENING

Raportul publicat în 2002 de un grup de experți de la Institutul Național de Sănătate și Cercetare Medicală din Franța (Bailly ș. a., 2002) menționează prognozele îngrijorătoare ale OMS privind creșterea importantă a patologiei psihice (cu 50% în 2020), ceea ce plasează această patologie în cadrul celor cinci cauze principale de morbiditate la copii și adolescenți. Cercetarea realizată de un colectiv pluridisciplinar de experți găsește, pentru perioada studiată, că aproximativ 12% dintre copiii și adolescenții francezi suferă de tulburări psihice ce interferează cu dezvoltarea lor, afectându-le activitatea școlară și calitatea vieții. În cadrul studiului nu au fost incluse tulburările de conduită care au constituit obiectul altor studii. Un aspect subliniat de autorii menționați este importanța depistării și intervenției timpurii, în condițiile în care consultația de specialitate adesea se realizează prea târziu, ceea ce agravează problemele și consecințele lor. O depistare activă precoce a dificultăților/problemelor emoționale, comportamentale, sociale, de atenție și învățare în faza incipientă și punerea în practică a unor măsuri de intervenție reprezintă o modalitate de ameliorare a situației. Studiul realizat de Abella și Manzano (2006) concluzionează asupra faptului că, prin prevalența crescută, consecințele pe care le antrenează, prin terapia insuficientă sau/și tardivă, problemele psihice ale copilului și adolescentului reprezintă o problemă importantă de sănătate publică. Rezoluția OMS WHA65.4 la cea de a șaizeci și cincea întrunire din 25 mai 2012 menționează la articolul 1 necesitatea ca promovarea sănătății mentale, prevenția tulburărilor psihice și identificarea timpurie a problemelor în scopul intervenției rapide eficiente, să reprezinte o prioritate națională. Din păcate, în România, nu avem date statistice actuale adecvate privind incidența și prevalența tulburărilor psihice în cadrul populației de copii și adolescenți, iar datele existente sunt insuficient cunoscute, așa că ne punem întrebarea cum arată realitatea dincolo de impresiile generale, de observațiile curente ale profesioniștilor ce lucrează în mediul școlar, în sectorul medical, de mediatizările cazurilor de violență, agresivitate în rândul copiilor și adolescenților.

Date prezentate pentru populația românească au fost obținute în cadrul unui studiu epidemiologic larg („proiectul CENTAUR") realizat în perioada 1981 – 1984 de un colectiv de specialiști români (neuropsihiatrii, psihologi) pe un eșantion de 14812 subiecți cu vârste cuprinse între 10 luni și 16 ani, din 18 județe. Studiul s-a realizat în mai multe etape și a recurs la instrumente diferite, adaptate grupei de vârstă și problematicii; screeningul inițial a fost realizat în familie cu ajutorul unui chestionar ce conținea 129 întrebări (adresate părinților, educatorilor, profesorilor) și a fost urmat, pentru cazurile identificate cu

probleme, de o examinare aprofundată psihologică, neurologică, psihiatrică). Rezultatele studiului, publicate în 1999 în „Romanian Journal of Neurology (Grigoroiu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L., 1999) indică o prevalență (pentru ansamblul eșantionului și tulburărilor) de 11,7%. Variabilitatea rezultatelor este mare, fiind cuprinsă între 3,6 și 20,3. Compararea (de către autori) a rezultatelor obținute în acest studiu cu date oferite de studii realizate în alte țări - autorii citând studii publicate de Rutter, Tizard și Whitemore în 1970, Kashani, Husain., Sheki, Hodges, Cytryn, McKnew în 1981 (Grigoroiu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L., 1999) - îi conduce pe aceștia spre formularea concluziei că rata globală a prevalenței tulburărilor pentru populația românească este apropiată datelor găsite de studii realizate în alte țări. În ceea ce privește problemele emoționale, autorii au constatat că, pentru perioada investigată, rata tulburărilor emoționale se situa la limita inferioară a concordanței cu date ale studiilor din diferite țări occidentale. Rezultatele unui studiu descriptiv transversal realizat în 1992 în trei județe din România (Cluj, Hunedoara și Timiș), studiu ce a urmărit diagnosticarea, în acord cu criteriile CIM-10, a prezenței tulburărilor mentale și comportamentale (tulburări pervazive de dezvoltare, tulburări de atașament și hospitalism, tulburări emoționale și de conduită, tulburări specifice de dezvoltare, retard mental) la copiii și adolescenții instituționalizați, indică prezența unui diagnostic principal la 54% din subiecții examinați, din care tulburările emoționale și de conduită ocupă 12,9% (Pluye ș.a., 2001). Pornind de la constatarea că tulburările psihiatrice la copil sunt ceva comun și tratabil dar rămân adesea netratate pentru că adesea nu sunt identificate, Goodman, Ford, Simmons, Gatward, Meltzer (2000) realizează un studiu ce vizează eficiența Chestionarului de Capacități și Dificultăți SDQ în depistarea tulburărilor. Autorii concluzionează că SDQ permite identificarea a peste 70% din subiecții ce prezintă tulburări comportamentale, hiperactivitate, tulburări anxioase și depresive și mai puțin de 50% din cei ce prezintă tulburări fobice, anxietate de separare și tulburări ale comportamentului alimentar. Ei consideră că punerea în practică a unor programe de screening utilizând instrumente ce solicită informații de la diferite categorii de respondenți (copii, părinți, cadre didactice) crește eficacitatea depistării problemelor de sănătate mintală la copii și adolescenți.

În acest context ne-am pus întrebarea care este „radiografia" actuală a unei unități școlare sub aspectul manifestărilor comportamentale și trăirilor emoționale ale elevilor, care este prevalența tulburărilor, problemelor mai sus menționate? Mediul familial și cel școlar sunt cele în care se manifestă frecvent aceste dificultăți. Uneori familia, profesorii remarcă existența problemelor și solicită consult de specialitate. alteori dificultățile sunt minimalizate, puse pe seama unor aspecte legate de dezvoltare, negate, amplificându-se și structurându-se patologic. Adesea cadrele didactice sunt cele care sesizează existența unor probleme și atenționează familia sau solicită consiliere psihologică, alteori sunt trecute cu vederea, ignorate.

Problemele/simptomele subclinice sunt frecvente în colectivitățile de elevi dar adesea sunt ignorate ceea ce generează structurarea lor patologică (Login, 2005). Desigur există și riscul exagerării problemelor de către părinți și cadre didactice iar reacția excesivă și atitudinile asociate ei pot genera, de asemenea, probleme importante copilului. În acest context este evidentă nevoia de a obține informații cantitative și calitative cât mai obiective (dincolo de „impresiile" anturajului). Studiul realizat de Doll (1996) atrage atenția asupra (1) inadecvării serviciilor de sănătate mintală din școlile primare și secundare la nevoile reale ale copiilor și adolescenților americani, (2) necesității de a cunoaște nevoile reale ale acestei categorii de populație, de focalizare pe identificarea tulburărilor de sănătate mintală la copii și adolescenți ca prim pas în elaborarea și punerea în practică a intervențiilor eficiente, adecvate nevoilor existente. Ca urmare, este firesc să fie căutate modalități de identificare obiectivă a problemelor/tulburărilor, a celor aflați în situații de risc crescut, identificare ce permite aplicarea eficientă a intervențiilor și diminuarea consecințelor lor negative. Unde, cum, în ce mod putem identifica cât mai eficient elevii cu probleme sau în situație de risc? Cine sunt cei care ne pot oferi informații cât mai valide? Este evidentă necesitatea unor evaluări standardizate ce fac apel la surse diferite de informație pentru că diferiții adulți din anturajul elevilor pot avea un mod diferit de percepere a problematicii acestora așa cum surprinde studiul realizat de Abella, Gex-Fabri, Manzano (2001); autorii au analizat modul diferit în care sunt identificate și percepute problemele psihologice ale copilului și adolescentului de către specialiștii clinicieni și educatori. Evident mediul în care se poate realiza cu succes un screening al dificultăților/problemelor comportamentale, emoționale, de învățare, de sănătate fizică și psihică este instituția școlară (grădinițe, școli). În acest scop avem nevoie de instrumente valide, economice, ușor acceptate de către respondenți, care să permită identificarea, cu un risc de eroare cât mai mic, a prezenței tulburărilor clinice dar și a problemelor/dificultăților subclinice, ce pun copilul în situație de risc crescut. Și, evident, avem nevoie de date statistice actualizate la nivel național privind prevalența și incidența tulburărilor. Un screening al problemelor somatice și psihocomportamentale la copii și adolescenți (10-18 ani) a fost realizat în cadrul proiectului DEMODEF, proiect finanțat de Autoritatea Națională pentru Cercetare Științifică. În cadrul acestui proiect a fost utilizat chestionarul de Capacități și Dificultăți (SDQ) (resurse web: http://demodef.googlepages.com) pentru culegerea de informații privind problemele emoționale și comportamentale. Datele prelucrate provin de la un eșantion de 915 subiecți (chestionare completate de copii/adolescenți, părinți și profesori).

În scopul obținerii de informații privind problemele emoționale și comportamentale în cadrul populației școlare colaborarea psihologilor din mediul educațional și clinic în culegerea de date și coordonarea unor programe de intervenție poate reprezenta o soluție.

2. METODOLOGIE

Studiul (derulat în anul şcolar 2010/2011) şi-a propus drept scop să identifice frecvenţa problemelor internalizate şi externalizate într-o populaţie şcolară gimnazială. În acest scop au fost selectaţi aleator 96 subiecţi (47 băieţi şi 49 fete) cu vârste cuprinse între 11 ani 1 lună şi 15 ani, elevi în clasele V-VIII, din cadrul unei şcoli din Cluj (Tabel 1). S-a obţinut acordul scris al părinţilor pentru participarea la investigaţie. Chestionarele au fost aplicate elevilor, părinţilor şi cadrului didactic responsabil al clasei din care face parte elevul. În acest studiu sunt prezentate doar rezultate preliminare la chestionarele aplicate elevilor şi părinţilor.

Tabel 1. Compoziţia eşantionului în funcţie de gen şi nivel şcolar

Clasa	Clasa V		Clasa VI		Clasa VII		Clasa VIII		Total	
Gen	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente	Număr	Procente
Feminin	14	14,58%	8	8,33%	12	12,50%	15	15,62%	49	51,04%
Masculin	13	13,54%	8	8,33%	13	13,54%	13	13,54%	47	48,95%
Total	**17**	**17,70%**	**16**	**16,66%**	**25**	**26,04%**	**28**	**29,16%**	**96**	100%

Pentru realizarea screeningului au fost utilizate două instrumente: Sistemul Achenbach de evaluare pe bază empirică (ASEBA) (Achenbach, Rescorla, 2009) şi Chestionarul de capacităţi şi dificultăţi (SDQ) (Goodman, 2000). Există o serie de studii ce prezintă rezultatele utilizării celor două instrumente în identificarea problemelor copiilor şi adoelscenţilor (Jenssens, Deboutte, 2009; Achenbach, Becker, Dopfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen, Rothenberger, 2008; Marzocchi şi colab., 2004; Mathai, Anderson, Bourne , 2002; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, Meltzer, 2000; Goodman, 1999). Ambele instrumente vizează identificarea problemelor de internalizare şi externalizare la copii şi adolescenţi. Scorurile obţinute plasează subiectul fie în intervalul de normalitate (absenţa problemelor), fie semnalează prezenţa unor tulburări/probleme clinice (intervalul clinic) sau a unor probleme subclinice (intervalul de risc). Ambele instrumente permit obţinerea de date de la mai multe categorii de respondenţi, prezentând variante (chestionare) specifice pentru copil/adolescent, părinte sau altă persoană ce îngrijeşte copilul şi educator. Ele conţin şi itemi ce vizează aspecte resursă identificate de respondent (copil, părinte sau educator), respectiv atributele pozitive ale subiectului (ASEBA) şi comportamentul prosocial (SDQ). Chestionarele ASEBA conţin informaţii demografice, socio-economice, întrebări deschise privind starea de sănătate, eventualele dizabilităţi ale copilului, punctele sale tari şi aspectele percepute ca problematice, itemi ce urmăresc evaluarea competenţelor, activităţilor, performanţelor şcolare, relaţionării sociale a copilului şi prezenţa unor simptome/probleme. Analiza rezultatelor permite elaborarea unor profiluri corespunzătoare diferitelor componente ale chestionarului: profilul de competenţă, profilul funcţionării adaptative, profilurile sindroamelor. Chestionarul SDQ este mai scurt, mai puţin laborios atât în ceea ce priveşte aplicarea cât şi prelucrarea. SDQ este constituit din 25 de itemi repartizaţi în cinci subscale (cinci itemi pentru fiecare scală): probleme emoţionale, probleme de conduită, hiperactivitate, relaţionare în grupul de vârstă şi comportament prosocial. Suma scorurilor la cele patru subscale ce măsoară probleme (emoţionale, comportamentale, hiperactivitate, relaţionare în grupul de vârstă) constituie scorul total al problemelor prezente. Scorul la scala ce măsoară comportamentul prosocial nu se include în scorul total, ea fiind o expresie a unei resurse importante a copilului. În mod normal scorurile la această subscală corelează negativ cu scorurile le scalele ce măsoară probleme. De asemenea, varianta extinsă SDQ include şi un număr de itemi ale căror răspunsuri constituie „scorul de impact" ce reflectă măsura în care respondentul se simte afectat de problemele existente.

O serie de studii comparative multiculturale au găsit rezultate comparabile în diferite populaţii. Marzocchi şi colab. (2004) trec în revistă studii realizate în cinci ţări europene - Croaţia, Franţa, Italia, Spania şi Portugalia - concluzionând asupra aplicabilităţii, utilităţii chestionarului SDQ în identificarea problemelor emoţionale şi comportamentale în populaţia şcolară şi monitorizarea/ evaluarea eficienţei unor programe de intervenţie (preventivă, terapeutică, psihoeducaţie).

3. REZULTATE şi DISCUŢII

Rezultatele obţinute în urma aplicării chestionarelor ASEBA şi SDQ la copii şi unul din părinţi sunt prezentate în tabelele 2-6. Figurile 1-5 prezintă procentul subiecţilor plasaţi în intervalul de risc/subclinic şi intervalul clinic pentru totalul problemelor identificate şi pentru diferitele tipuri de probleme: probleme emoţionale/internalizare, probleme comportamentale, hiperactivitate/atenţie, probleme de relaţionare în grupul de vârstă/probleme sociale.

Tabel 2. Scor total probleme: procentul subiecţilor plasaţi în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) şi YSR, CBCL)

		Total		Fete		Băieţi	
	Teste	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii (N=96	SDQ	6.25%	6.25%	4.08%	8,16%	8.51%	4.26%
	YSR	1.04%	4.17%	2.04%	0%	0%	8.51%

Părinți	SDQ	13,54%	9,38%	4,08%	12,24%	23,40%	6,38%
(N=96)	CBCL	11,46%	15,63%	8,16%	12,24%	14,89%	19,15%

Tabel 3. Probleme de internalizare: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

		Total		Fete		Băieți	
	Teste	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	2,08%	5,21%	2,04%	6,12%	2,13%	4,26%
(N=96	YSR	2,08%	6,25%	2,04%	4,08%	2,13%	8,51%
Părinți	SDQ	11,46%	11,38%	12,24%	16,33%	10,64%	6,38%
(N=96)	CBCL	6,25%	15,63%	4,08%	14,29%	8,51%	17,02%

Tabel 4. Probleme de externalizare: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

		Total		Fete		Băieți	
	Teste	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	7,29%	8,33%	4,08%	10,20%	10,64%	6,38%
(N=96	YSR	4,17%	8,33%	2,04%	4,08%	6,38%	12,76%
Părinți	SDQ	9,38%	19,39%	8,16%	12,24%	10,64%	27,66%
(N=96)	CBCL	10,42%	15,63%	8,16%	10,20%	12,77%	21,28%

Tabel 5. Probleme de hiperactivitate/probleme de atenție: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

		Total		Fete		Băieți	
	Teste	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	6,25%	3,13%	6,12%	4,08%	6,38%	2,13%
(N=96	YSR	3,1%	5,21%	2,04%	0%	2,13	0%
Părinți	SDQ	8,33%	5,21%	6,12%	2,04%	10,64%	8,51%
(N=96)	CBCL	13,54%	4,17%	10,20%	6,12%	17,02%	2,13%

Tabel 6. Probleme de relaționare sociale: procentul subiecților plasați în zona clinică sau de risc (SDQ (copil, părinte) și YSR, CBCL)

		Total		Fete		Băieți	
	Teste	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic	Interval de risc	Interval clinic
Copii	SDQ	15,63%	1,04%	12,24%	2,04%	19,15%	0%
(N=96	YSR	2,08%	0%	2,04%	4,08%	4,25%	6,38%
Părinți	SDQ	14,58%	21,88%	16,33%	24,49%	12,77%	19,15%
(N=96)	CBCL	7,29%	8,33%	6,12%	6,12%	8,51%	10,64%

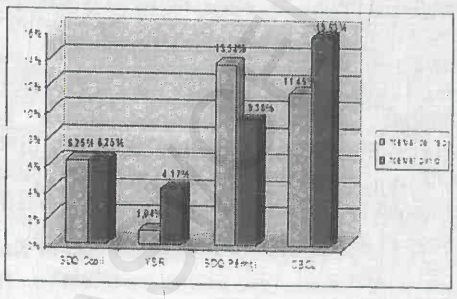


Figura 1. Procentul subiecților identificați cu probleme (scor total) în urma aplicării SDQ (copii, părinți), YSR și CBCL

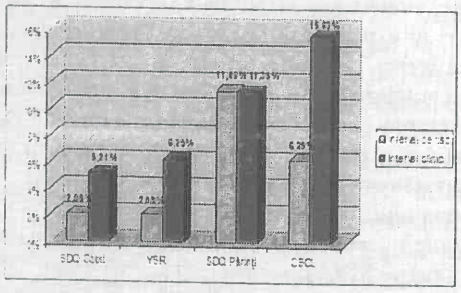


Figura 2. Procentul subiecților identificați cu probleme de internalizare

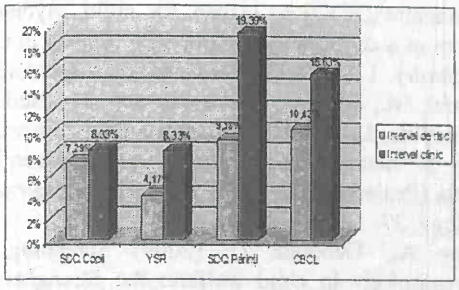


Figura 3. Procentul subiecților identificați cu probleme de externalizare

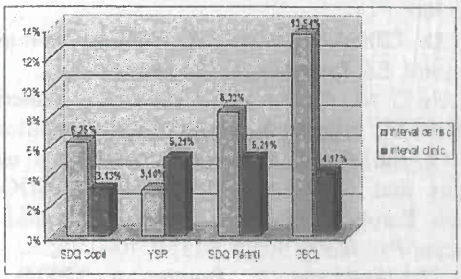


Figura 4. Procentul subiecților identificați cu probleme de hiperactivitate/probleme atenție

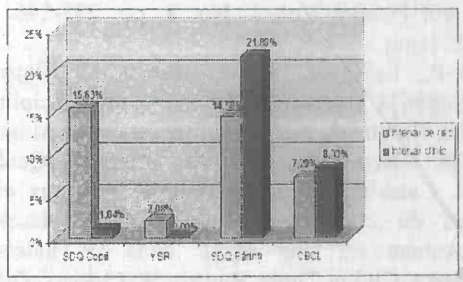


Figura 5. Procentul subiecților identificați cu probleme de relaționare/probleme sociale

Din inspecția datelor prezentate în tabelul 2 constatăm că proporția celor identificați cu probleme clinice și subclinice diferă în funcție de calitatea respondentului (copil sau părinte); atât pentru scorul total al problemelor cât și pentru diferitele aspecte evaluate – emoțional, comportamental, hiperactivitate, relaționare - proporția celor identificați cu probleme este mai mare atunci când respondentul este părintele (22,92% față de doar 12,50% atunci când respondentul a fost copilul). Care este cauza acestor diferențe? O supraevaluare a problemelor de către părinți? O subevaluare, o dificultate în recunoașterea problemelor de către copil? Realizarea unui diagnostic psihiatric independent poate aduce informații importante. Diferența constatată între rezultatele obținute la cele două categorii de respondenți este constatată atât pentru studiul nostru (pentru ambele instrumente utilizate) cât și pentru datele prelucrate în cadrul studiului pilot ce a vizat problemele psihocomportamentale, studiu derulat în cadrul proiectului DEMODEF Proiect C-D CEEX 2006-2008. În cadrul studiului nostru, observația se aplică și scorurilor obținute la YSR și CBCL. Părinții identifică un procent mai mare de subiecți cu probleme atât pentru totalul problemelor cât și pentru probleme de internalizare, probleme de externalizare, hiperactivitate/probleme de atenție și probleme sociale decât subiecții copii/adolescenți (tabel 2-6; fig. 1-5). Această constatare constituie un argument pentru utilizarea unor instrumente ce solicită informații de la diferiți respondenți. O analiză comparativă a răspunsurilor celor două categorii de respondenți (copii/adolescenți și părinți) la cele două probe psihologice aplicate (SDQ și ASEBA) surprinde faptul că proporția subiecților cu probleme clinice/subclinice în diferite arii nu este identică pentru cele două categorii de respondenți și pentru cele două probe utilizate. Problemele relaționale se situează pe primul loc ca și frecvență atât în răspunsurile părinților cât și ale copiilor la SDQ; pe locul doi se situează problemele comportamentale; locul trei și patru sunt ocupate de problemele emoționale și hiperactivitate.

În cazul chestionarelor ASEBA (YSR și CBCL), atât pentru respondenții copii cât și părinți, pe primul loc se situează problemele de externalizare, pe locul doi cele de internalizare, pe locul trei problemele de atenție/hiperactivitate și pe locul patru, cu cea mai scăzută rată, cele de relaționare.

Un aspect de investigat este tocmai cel al detectării problemelor de relaționare/sociale identificate de cele două probe. Problemele relaționale se situează pe primul loc la SDQ (16,67 % – copii, 36,46% - părinți) și pe ultimul loc ca și frecvență la YSR (2,08%) și CBCL (15,62%). O posibilă cauză a diferențelor importante între scorurile ASEBA și SDQ în identificarea problemelor din sfera social/relațională poate consta în faptul că itemii SDQ vizează relațiile din grupul de vârstă și nu relațiile sociale mai largi.

Numărul cel mai mic de subiecți identificați cu probleme este pentru probleme sociale la YSR (doar 2,08%) urmat de numărul celor cu probleme emoționale identificate de SDQ copii (7,29%) și probleme de internalizare YSR (8,33%). La această categorie de probleme se constată diferențe importante între răspunsurile subiecților copii și ale părinților, unde procentul celor identificați cu probleme este semnificativ mai mare. O întrebare generată de această observație poate să se refere la capacitatea copiilor de a identifica și de a exprima emoțiile, trăirile subiective.

4. CONCLUZII

Rezultatele studiilor realizate în diferite zone geografice, cu instrumente diferite, subliniază necesitatea derulării unor programe de screening în scopul identificării timpurii și cât mai acurate a problemelor emoționale și comportamentale la copii și adolescenți. În acest scop sunt necesare instrumente de screening valide și economice, care să fie acceptate cu ușurință de către respondenți. Pentru a realiza o evaluarea cât mai corectă este semnalată importanța culegerii de informații din surse diferite (copil/adolescent, părinte, profesionist din domeniul educațional). Datele studiilor prezentate și datele culese în studiul nostru indică SDQ ca un instrument util în realizarea screeningului problemelor emoționale și comportamentale. Datele sunt în curs de prelucrare pentru analiza nivelului de acord între răspunsurile diferitelor categorii de respondenți și a nivelului de

acord în identificarea problemelor de către cele două probe utilizate. Studiul de față este doar unul preliminar ce necesită să fie lărgit (prin extinderea la alte școli și alte zone geografice) și aprofundat (prin introducerea unui grup clinic și realizarea unui diagnostic psihiatric independent).

5. BIBLIOGRAFIE

Abella, A., Manzano, J. (2006) Les troubles psychiques de l'enfance et l'adolescence aujourd'hui: un probleme majeur de santé publique, *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie,* 157, 1, 29-37;

Abella, A., Gex-Fabri, M., Manzano, J. (2001) Enseignants et cliniciens face aux difficultes des enfants en age scolaire: une etude prospective, *Neuropsychiatrie Enfance Adolescence*, 499: 9-18;

Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2009) *Manualul ASEBA pentru vârsta școlară, chestionare și profile,* Cluj-Napoca, Editura RTS;

Achenbach, Th.M., Becker, A, Dopfner M., Heiervang, E, Roessner,V, Steinhausen, H-C., Rothenberger, A. (2008) Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:3 (2008), pp 251–275;

Bailly, D., Bouvard, M., Casadebaig, F., Corcos, M., Fombonne, E., Gorwood, P., Gressens, P., Krebs, M-O., Le Normand, M-T., Martinot, J-L., Ouakil-Purper, D., de Schonen, M-S., Verdoux, H., Bouée, S., Kovess, V., Macguffin,P., Valla,J-P. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent,* Expertise collectiv INSERM; Paris, Rapport établi à la demande de CANAM;

Doll, B. (1996) Prevalence of Psychiatric Disorders in Children. An Agenda for Advocacy by school psychology, *Scool Psychology Quaterly*, 11(1), 20-46;

Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (2000) *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 40: 1337-45;

Goodman, R., Scott, S. (1999) Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology* 27: 17-24;

Goodman,R., Ford,T., Simmons A., Gatward, R., Meltzer,H. (2000) Using Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample, *The British Journal of Psychiatry,* 177:534-539, http://www.rcpsych.org;

Grigoroiu, M., Jost, L., Christodorescu, D., Nedelcu, H., Cantilli, L. (1999) Epidemiologia tulburarilor psihice şi neurologice la copii şi adolescenţi în Romania (Proiectul CENTAUR*), Romanian Journal of Neurology,* 37; 1-2, 85-94;

Jenssens A., Deboutte D. (2009) Screening for psychopathology in child welfare: the Strenghts and Difficulties Questionnaire(SDQ) compared with The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) , *European Child and Adolescent Psychiatry,* 18:691-700;

Login, D. (2005) *Prevenție și sănătate mintală în adolescență,* Ed. Eurostampa, Timișoara;

Marzocchi G. M., Capron C., Di Pietro M., Tauleria E. D., Duyme M., Frigerio A., Gaşpar F. M., Hamilton H., Pithon G., Simoes A., Therond C. (2004) The use of Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Southern European Countries, *European Child and Adolescent Psychiatry*/Suppl.2/13: II/40-II/46;

Mathai, J., Anderson, P., Bourne, A. (2002). The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as a screening measure prior to admission to a Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS) *Advances in Mental Health*: Vol. 1, No. 3, pp. 235-246. doi: 10.5172/jamh.1.3.235;

Pluye, P., Lehingue, Y., Aussilloux, C., Popa, I., Aiguesvives, C., Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montreal, cp 6128, Succursale centre-ville, Montreal (Quebec), h3c3j7, Canada (2001) Les troubles mentaux et les troubles du comportement des enfants places en établissement de long séjour dans les judets de Hunedoara, Cluj et Timis, Roumanie, *Cahiers d'études et de recherches francophones / santé* 11,1,5-12;

http://www.demodef.googlepages.com *Detecția și monitorizarea deficiențelor somatice și psiho-comportamentale la copii și adolescenți (10-18 ani). Studiu pilot.,* DEMODEF Proiect C-D CEEX 2006-2008, Contract de finanțare nr. 106/2006 ANCS.

http://www.who.int/mental_health/WHA65.4_resolution.pdf. SIXTY-FIFTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA65.4 Agenda item 13.2 25 May 2012

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a II-a:
PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI A SĂNĂTĂŢII

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ASISTAREA PSIHOLOGICĂ A PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DIGESTIVE FUNCȚIONALE

CATRINEL CRĂCIUN[1], ADRIANA BĂBAN[1], DAN L. DUMITRAȘCU[2]
[1]Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, catrinelcraciun@yahoo.com, adrianababan@psychology.ro
[2]Universitatea de Medicină și Farmacie, Iuliu Haţieganu, Cluj-Napoca, ddumitrascu@umfcluj.ro

REZUMAT: Capitolul de față abordează problematica sindromului intestinului iritabil (SII) din perspectiva modelului biopsihosocial, punând accent peidentificarea factorilor emoționali și cognitivi implicați în etiologie și tratament. Sunt prezentate o serie de strategii de management al stresului care au rol în controlul și reducerea simptomatologiei SII. De asemenea,este discutat un model de consiliere psiholoigcă bazat pe Health Action Process Approach, o abordare care implică adaptarea intervențiilor la stadiul de modificare comportamentală a persoanelor.
Cuvinte cheie: modelul biopsihosocial al bolii, managementul stresului, modelul HAPA, tulburări digestive funcționale.

1. INTRODUCERE

D-na G. are 48 de ani și spune că în ultimul timp este foarte stresată deoarece are un loc de muncă ce implică multă responsabilitate, precum și multe obligații acasă fiind mama a trei copii și având grijă și de părinții săi care sunt bolnavi. S-a prezentat la medic deoarece a experiențiat următoarele simptome în mod recurent în ultimele 3 luni: durere în partea inferioară a abdomenului, balonare după masă, scaune neregulate (constipație alternată cu diaree), eliminare de gaze în exces, stomac zgomotos și senzația că intestinul nu se golește niciodată. În rândul populației. una din 4 persoane suferă de simptome similare cu ale D-nei G., care au fost descrise în literatura de specialitate sub numele de Sindromul Intestinului Iritabil (SII; Dumitrascu & Baban, 1991; Costin, Petrar, Dumitrascu, 2006). Această problemă de sănătate este mai des întâlnită în rândul femeilor comparativ cu bărbații (Spiller et al., 2007).

Multe persoane nu se prezintă la timp la medic sau ignoră simptomele și astfel în timp problema de sănătate se poate agrava. SII nu reprezintă doar o problemă medicală. Stresul psihologic reprezintă un factor ce contribuie la accentuarea simptomatologiei SII. Studii longitudinale demonstrează că stresul este implicat în apariția SII, dar mai ales în agravarea simptomelor în timp (Dancey et al., 1998). Din perspectivă psihologică, au fost descrise două căi prin care un control deficitar al stresului rezultă în dezvoltarea SII. O primă posibilitate este aceea a existenței unei reactivități excesive a intestinului la stresorii din mediu, astfel declanșându-se o reacție fiziologică care este experiențiată ca durere, diaree sau constipație. O altă modalitate este aceea în care persoanele anxioase manifestă o hipervigilență față de stimulii interni cum ar fi contracțiile intestinale și le interpretează automat ca fiind dureroase și ca reprezentând semne ale unei boli grave. Aceste persoane se caracterizează ca având un nivel crescut de neuroticism (Pennebaker. 1992).

Datorită cauzelor care stau la baza apariției SII și a consecințelor pe care acesta le are asupra persoanelor afectate (de ex. instalarea anxietății sau a depresiei), putem spune că acest sindrom reprezintă un domeniu de studiu și de activitate pentru psihologii care lucrează în domeniul sănătății. Pe de o parte se pot trasa intervenții care să prevină instalarea simptomelor SII, iar pe de altă parte se poate interveni pentru a reduce simptomatologia și a crește calitatea vieții pacineților cu SII (Van Oudenhove et al., 2010).

Pentru persoanele care nu reușesc să controleze simptomatologia SII, aceasta poate interfera cu activitățile lor cotidiene și astfel să le provoace emoții negative (ex. furie, anxietate, rușine, depresie) care le mențin sau chiar le amplifică simptomele resimțite (de ex. durerea abdominală). Persoanele cu SII adesea evită activitățile sociale (de exemplu nu merg în excursii, nu ies în locuri unde accesul la toalete este dificil) și întâmpină dificultăți în efectuarea sarcinilor de la serviciu datorită simptomelor pe care le manifestă ajungând astfel să absenteze în mod frecvent. De asemenea, simptomatologia le crează probleme și în relaționarea interpersonală și socială; aceste situații pot deveni noi surse de stres și contribuie la menținerea și exacerbarea simptomatologiei existente.

2. SINDROMUL INTESTINULUI IRITABIL DIN PERSPECTIVA MODELULUI BIOPSIHOSOCIAL

Conform modelului dezvoltat de Engel (1977) o serie de cauze de natură cognitivă, emoțională și socială stau la baza apariției SII alături de cauzele biologice (Drossman, 2006; Drossmann, 1998). O predispoziție genetică (ex. istoric familial de boli gastrointestinale), evenimente prenatale traumatice (cum ar fi o nutriție defectuoasă a mamei pe parcursul sarcinii), traume trăite în copilărie (ex. o interventie chirurgicală, abuz fizic sau emoțional) sau factori de mediu din copilăria timpurie pot să determine experiențierea unor simptome la nivel fiziologic. Simptomatologia poate să cuprindă o hipersensibilitate viscerală, inflamații la nivelul intestinului sau motilitatea anormală a intestinului (NDIC, 2011).

Factorii psihologici implicați în apariția SII își au de asemenea originea în primele experiențe de viață. Convingrile despre sănătate, personalitatea și modalitățile de coping se dezvoltă încă din copilărie (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Acestea joacă un rol important în modul în care facem față situațiilor

stresante și astfel pot să ducă la declanșarea sau agravarea simptomelor SII. De exemplu, emoțiile negative cum ar fi anxietatea, furia sau depresia sunt influențate de convingerile pe care o persoană le deține sau de către anumiți factori de personalitate (Farnam et al., 2008). Neuroticismul a fost identificat ca un factor de personalitate ce se asociază cu SII (Pennbaker, 1992). Printre convingerile relevante se numără atât cele ce țin de modul în care interpretăm evenimentele cotidiene (de ex. conflicte cu ceilalți), cât și cele ce ne ajută să dăm sens și semnificație evenimentelor traumatice din viața noastră (de ex. pierderea locului de muncă, pierderea unei persoane dragi, divorț, catastrofe naturale etc.). De exemplu, persoanele care au tendințe spre catastrofare, care interpretează multe din situațiile de viață ca fiind groaznice, vor experiența mai degrabă anxietate care va declanșa simptomatlogia SII. Persoanele cu o tolerantă scazută la situatiile neplăcute vor avea mai degrabă stări de furie ce se vor asocia cu SII.

Alte cogniții relevante pentru sanatate sunt reprezentarea bolii și percepția vulnerabilității. În funcție de reprezentarea bolii, oamenii pot să recunoască corect simptomele SII și să se prezinte din timp la medic. De asemenea, una dintre componentele reprezentării bolii este modul în care persoana percepe controlul asupra bolii și cum își reprezintă tratamentul. Sentimentul unui control redus va determina o implicare redusă în tratament și agravarea simptomelor. Modelul reprezentării bolii presupune că experiențierea simptomatologiei determină două procesări paralele de informație: procesarea cognitivă a informatiilor privind boala (1. identitate, 2. durată, 3. cauzalitate, 4. consecințe, si 5.tratament/control) și procesarea emoțiilor care sunt activate în momentul experienței simptomatologiei la nivel somatic. Răspunsul cognitiv declanșează un coping focalizat pe problemă, pe controlul bolii și reducerea simptomatologiei, iar răspunsul emoțional determină un coping focalizat pe reducerea emoțiilor negative (Leventhal et al., 1997). Ambele tipuri de coping sunt evaluate în mod constant și se realizează adaptarea strategiilor pentru a le eficientiza. Modalitățile de coping sunt relevante deoarece un coping disfuncțional (de exemplu consumul de substanțe, evitarea consultatiilor medicale) poate să ducă la agravarea simptomatologiei.

În general, emoțiile sunt cele care declanșează simptomatologia SII. Există însă o serie de tulburări psihologice care se asociază cu SII (Surdea-Blaga, Baban, Dumitrascu, 2012). Depresia este prezentă la aproximativ 30% dintre pacienți, pe când anxietatea generalizată este prezentă la 15% dintre aceștia. Pe de altă parte, anxietatea specifică legată de simptomele gastrointenstinale este implicată în creșterea severității SII (Creed et al., 2005).

3. INTERVENȚII PSIHOLOGICE ÎN SII

3.1. Strategii de management al stresului

Din perspectiva modelului lui Lazarus (1999), stresul apare atunci când cerințele din mediu depășesc resursele de a face față situațiilor de care dispune o persoană. Pentru a putea controla stresul, putem fie să acționăm pe problemă și să modificăm ceva direct în modul nostru de a ne comporta (coping focalizat pe problemă) sau putem să modificăm emoțiile negative pe care le experiențiem (coping focalizat pe emoție). Intervențiile care se bazează pe acțiunea directă asupra problemei presupun modificarea mediului pentru ca acesta să fie mai puțin stresant sau modificarea modului în care persoana își gestionează mediul sau relațiile sociale. De exemplu o persoană poate să schimbe programul de lucru sau activitatea printr-un program de management al timpului, acționând astfel direct pe problmea care îi provoacă stres și simptomatologia SII. Pe de altă parte, o persoană poate să modifice modul în care se comportă în situațiile stresante. Prin participarea la un training de asertivitate poate învăța noi modalități de a gestiona situațiile conflictuale ce îi provoacă simptomatologia SII datorită stresului experiențiat.

Controlul emoțiilor negative înseamnă reducerea intensității acestora sau modificarea lor acolo unde este posibil. Printre cele mai utilizate tehnici sunt cele de modificare a cogniților pentru a schimba emoția. Acestea își au originea în terapia cognitiv-comportamentală și pornesc de la premisa că modul în care interpretăm o situație determină reacțiile emoționale și comportamentale. Prin urmare, în această accepțiune, dacă modificăm cogniții, atunci reușim să modificăm și emoțiile unei persoane. *Restructurarea cognitivă* care presupune modificarea gândurilor automate negative și a schemelor cognitive disfuncționale ce provoacă emoții negative se numără printre cele mai eficiente tehnici de control a stresului (David, 2006).

Distragerea atenției mai ales prin învățarea unor tehnici de relaxare constituie o altă alternativă eficientă de gestionare a emoțiilor în situații stresante. Respirația în trei timpi si relaxarea musculară Jacobson au fost descrise în literatura de specialitate (David, 2006) ca fiind printre cele mai eficiente modalități de relaxare pentru persoanele cu SII.

Exprimarea emoțiilor în scris (Pennebaker & Chung, 2007) și trainingul de management al furiei constituie alte modalități de management al stresului care ar putea fi utile și în cazul celor care au SII.

Foarte important este să se reducă frecvența comportamentelor de risc care pot să mențină simptomele SII, cum ar fi o alimentație nesănătoasă. Pe de altă parte, studiile arată că implicarea în activitate fizică poate să reducă simptomatologia SII. Prin urmare, este relevant ca intervenția de gestionare a stresului în cazul acestor pacienti, să includă și promovarea activității fizice ca metodă de control a stresului și a simptomatologiei SCI.

3.2. Consilierea psihologică bazată pe modelul HAPA

Pentru a proiecta intervenții psihologice eficiente în cazul SII este nevoie de o bază teoretică care să ghideze procesul de consiliere psihologică. Direcția principală de intervenție se referă la managementul stresului. Așa cum am amintit în paragrafele anterioare, aceasta presupune atât o serie de tehnici care să ajute la controlul emoțiilor negative. cât și realizarea unor modificări cognitive și comportmanentale. Cu alte cuvinte, managementul stresului presupune o realizare a schimbării stilului de viață care să ducă la reducerea

simptomatologiei SCI şi la creşterea calităţii vieţii persoanelor care suferă de această afecţiune.

Un model care oferă un cadru teoretic şi bazat pe evidenţe ştiinţifice cu privire la modificarea stilului de viaţă este *Health Action Process Approach* (HAPA; Schwarzer, 2008). Acesta conceptualizează schimbarea comportamentală ca fiind un proces ce presupune două mari etape: motivaţională şi voliţională. Etapa motivaţională vizează acele persoane care nu au încă intenţia să-şi modifice comportamentul şi care trebuie să fie motivate în acest sens. Etapa voliţională se referă la trecerea de la intenţie la comportament. La rândul său aceasta a fost împărţită în faza de intenţie (persoane care au intenţia de modificare comportamentală, dar nu au adoptat încă comportamentul) şi faza de acţiune (persoane care au adoptat un nou comportament, dar care trebuie să facă eforturi să menţină schimbarea comportamentală) (Lippke & Ziegelmann, 2008).

În cadrul acestui model, intenţia este determinată de percepţia riscului, aşteptări pozitive cu privire la rezultate şi auto-eficacitate de acţiune. Percepţia riscului înseamnă că o persoană se consideră vulnerabilă pentru a dezvolta SII şi, pe de altă parte, consideră SII ca fiind o problemă gravă de sănătate. Nu este suficient însă ca cineva să considere că ar putea să dezvolte SII, ci trebuie să îşi formeze aşteptări pozitive cu privire la consecinţele comportamentului de management al stresului. Cel mai important factor care prezice intenţia unei persoane de a adopta un nou stil de viaţă este auto-eficacitatea faţă de iniţierea acţiunii. Auto-eficacitatea este definită ca fiind convingerea unei persoane că poate realiza un comportament în ciuda obstacolelor care ar putea să apară (Bandura, 1986). De exemplu, o persoană este convinsă că are resursele necesare pentru a implementa strategii de management al stresului în contextul său. Astfel, persoanele din stadiul de pre-acţiune vor beneficia de pe urma unor intervenţii personalizate care să ducă la conştientizarea riscului, la formarea unor aşteptări pozitive cu privire la managementul stresului şi la creşterea auto-eficacităţii cu privire la controlul stresului (Luszczynska et al., 2010; 2006).

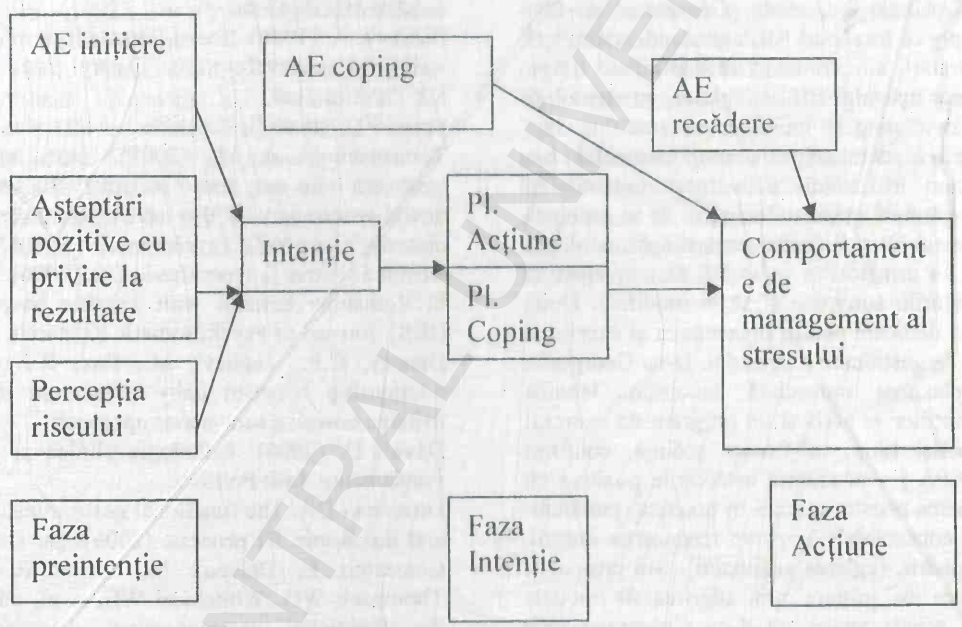


Fig. 1 Modelul HAPA aplicat la comportamentele de management al stresului

Factorii care determină adoptarea comportamentului, conform modelului HAPA sunt planurile de acţiune, planurile de coping şi auto-eficacitatea de coping. Cei care se află în stadiul de intenţionalitate, vor beneficia de pe urma intervenţiilor ce le formează capacitatea de planificare şi le dezvoltă auto-eficacitatea de coping. Un plan de acţiune presupune să te gândeşti unde, când şi cum vei pune în practică anumite metode de management al stresului. Planurile de coping pe de altă parte, presupun să vizualizezi ce obstacole pot să apară în adoptarea comportamentului şi să identifici modalităţi de a trece peste aceste obstacole (Sniehotta et al., 2006; Scholz et al., 2006). Auto-eficacitatea de coping se referă la convingerea că poţi să depăşeşti barierele ce intereferează cu menţinerea comportamentului adoptat, în cazul de faţă strategii de management al stresului. Modelul a fost dovedit a fi eficient pentru modificarea mai multor comportamente de sănătate şi de risc printre care promovarea alimentaţiei sănătoase şi a exerciţiilor fizice (Gutierez Dona et al., 2009; Renner et al., 2008; Ziegelmann & Lippke, 2007).

Stadiul de acţiune presupune ca persoana să-şi menţină modificările comportamentale şi să prevină recidivarea la comportamentele de risc anterioare. De aceea, intervenţiile trebuie să se axeze pe creşterea auto-eficacităţii de recidivare şi pe realizarea monitorizării acţiunii şi formularea planurilor de coping.

În concluzie, Modelul HAPA (vezi figura 1) oferă un cadru general pentru a structura consilierea de modificare a stilului de viață. Astfel, în primul rând, în cadrul consilierii trebuie să identificăm în ce stadiu de modificare comportamentală se află o persoană. Pornind de la această informație, vom adapta consilierea pentru controlul stresului în funcție de acest stadiu pentru a avea rezultate mai bune. Strategiile prin care realizăm controlul stresului pot să fie inspirate din alte modele teoretice, cum ar fi perspectiva cognitiv-comportamentală. De reținut este faptul că pentru orice strategie fie de management al emoțiilor negative fie de adoptare a unui comportament va fi necesar să motivăm persoana să adopte noile strategii și apoi să o ajutăm să le pună în practică și să mențină noul stil de viață sănătos.

În cazul d-nei Georgescu, despre care am vorbit la începutul acestui capitol, s-a recomandat aplicarea relaxării musculare progresive, un jurnal de exprimare a emoțiilor negative și un program de exerciții fizice regulate. Pentru a crește motivația de implicare în aceste activități, în primul rând s-a crescut percepția riscului pentru agravarea SII. Astfel, într-o primă etapă a consilierii psihologice, d-na Georgescu a fost informată despre ce înseamnă SII, prevalența acestuia și gravitatea netratării simptomelor. În continuare i s-au explicat cauzele apariției SII și legătura cu stresul și mecanismele de coping la situațiile stresante din viața ei. Pornind de la modelul cognitiv comportamental i s-a demonstrat cum în situații activatoare (situații de conflict) apar gânduri automate negative ce se asociază cu anxietate sau furie și îi declanșează simptomatologia specifică SII. În următoarea ședință a fost învățată să identifice gândurile automate și să le modifice. Două ședințe au fost dedicate pentru prezentarea și exersarea alternativelor de gestionare a stresului. D-na Georgescu a învățat relaxarea musculară Jacobson, tehnica exprimării emoțiilor în scris și un program de exerciții fizice. În același timp, în fiecare ședință, conform modelului HAPA i s-au crescut așteptările pozitive cu privire la punerea acestor tehnici în practică, punându-se accent pe consecințele pozitive (reducerea durerii, dispariția balonării, reglarea scaunului). S-a crescut și auto-eficacitatea de inițiere prin oferirea de modele (persoane de aceași vârstă cu d-na Georgescu care practică exerciții fizice, care aplică relaxarea musculară progresivă) și persuasiunea verbală a consilierului (i s-a spus că toate aceste noi comportamente nu sunt greu de realizat și pot fi integrate în rutina zilnică). După ce d-na Georgescu a fost motivată să adopte noile tehnici de gestionare a stresului, s-a dedicat o ședință metodelor de trecere în etapa de acțiune. A învățat cum să facă planuri de acțiune și de coping și i s-a crescut auto-eficacitatea de coping cu barierele care ar putea să apară și să interfereze cu programul de management al stresului. De exemplu, a realizat un plan de acțiune pentru când (marți și joi), unde (la sala de fitness) și cum (cu o prietenă) să realizeze programul de exerciții fizice. De asemenea, au fost identificate obstacole ce ar putea să apară și să o împiedice in practicarea exercițiile fizice (lipsa timpului, oboseala, teamă de durere) și cum ar putea să le depășească (managementul timpului, recompensarea pentru respectarea programului de exerciții fizice, suportul social din partea prietenei). Auto-eficacitatea de coping a fost crescută prin oferirea ca model a prietenei care practică sport cu regularitate. Pentru menținerea comportamentului s-a realizat creșterea auto-eficacității de recădere și auto-monitorizarea noilor comportamente. Respectiv, d-na Georgescu a identificat situații în care ar putea să revină la vechile modalități de gestionare a stresului și ce ar putea să facă în situațiile respective. De asemenea, a realizat un calendar unde a introdus noile activități de gestionare a stresului (exercițiile fizice, completarea jurnalului emoțiilor și relaxarea musculară progresivă) și metoda de recompensare pentru realizarea acestora.

Cazul d-nei Georegescu constituie un exemplu practic de cum modelul HAPA poate servi drept un cadru conceptual pentru realizarea asistenței psihologice pentru pacienții cu SII. Acesta constituie un început, fiind necesară explorarea ulterioară a unor astfel de intervenții prin intermediul experimentului cu un singur subiect sau a studiilor experimentale pentru a testa eficiența unor astfel de intervenții pentru managementul stresului și creșterea calității vieții pacienților cu SII.

4. BIBLIOGRAFIE

Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Creed F, Guthrie E, Ratcliffe J, Fernandes L, Rigby C, Tomenson B et al. (2005). Does psychological treatment help only those patients with severe irritable bowel syndrome who also have a concurrent psychiatric disorder? *Aust N Z J Psychiatry*. 39, 807-815.

Costin S, Petrar S, Dumitrascu DL. (2006). Alexithymia in Romanian females with irritable bowel syndrome (IBS). Journal of Psychosomatic Research. 61, 426.

Dancey, C.P., Taghavi, M., Fox, R.J. (1998). The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel: a time-series approach

David, D. (2006). Psihologie clinica si psihoterapie. Fundamente. Iasi: Polirom.

Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. (2006). In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE, et al, eds. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. 3rd ed. McLean, VA: Degnon Associates Inc. p 1-30.

Drossman DA. (1998). Presidential address: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. Psychosom Med. 60, 258-267.

Dumitrascu DL, Baban A. (1991). Irritable bowel syndrome complaints following the uprising of December 1989 in Romania. Med War, 7, 100-104.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196, 129-136.

Farnam A, Somi MH, Sarami F, Farhang S. (2008). Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. Neuropsychiatr Dis Treat. 4, 959-962.

Gutiérrez-Doña B, Lippke S, Renner B, Kwon S, Schwarzer R. (2009). How self-efficacy and planning predict dietary behaviors in Costa Rican and South Korean women: A moderated mediation analysis. Appl Psychol Health & Well-Being. 1: 91–104.

Lazarus, R.S., *Stress and Emotion. A new Synthesis.* Free Association Books, London 1999.

Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, et al, Illness representations: theoretical foundations. *In:* Petrie KJ, Weinman JA, *editors.* Perceptions of Health and Illness. Amsterdam: Harwood Academic; 1997. *p.* 19-45.

Lippke S, Ziegelmann J P. (2008). Theory-based health behavior change: Developing, testing and applying theories for evidence-based interventions. Applied *Psychol Int Rev*, 57, 698-716.

Luszczynska, A. (2006). Effects of an implementation intention intervention on physical activity after MI are mediated by cognitive processes, change in forming action plans. *Social Science Medicine*, 62, 900-908.

Luszczynska A, Cao DS, Mallach N, Pietron K, Mazurkiewicz M, Schwarzer R. (2010). Intentions, planning, and self-efficacy predict physical activity in Chinese and Polish adolescents: Two moderated mediation analyses. *Int J Clinical Health Psychol,* 10, 265-278.

National Digestive Diseases Information Clearinghouse accesat http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/ibs/, 9 sept. 2011.

Pennebaker, J.W. (1992). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer.

Pennebaker, J.W., Chung, C.K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.), Handbook of Health Psychology, 263-284. NY: Oxford University Press.

Renner B, Kwon S, Yang BH, Paik KC, Kim SH. Roh S, Song J, Schwarzer R. (2008). Social-cognitive predictors of dietary behaviors in South Korean men and women. *International Journal of Behavioral Med*; 15, 4-13.

Scholz U, Schüz B, Ziegelmann JP et al. (2008). Beyond behavioral intentions: Planning mediates between intentions and physical activity. *Brit J Health Psychol,* 13: 479-494.

Schwarzer R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. Appl Psychol Int Rev. 57: 1-29.

Skinner, E.A., Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping, Annual Review of Psychology, 58, 119-144.

Sniehotta F, Scholz U, Schwarzer R. (2006). Action plans and coping plans for physical exercise: A longitudinal intervention study in cardiac rehabilitation. *Brit J Health Psychology,* 11, 23-37.

Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management, *Gut*; 56: 1770-1798.

Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL. (2012). Psychosocial determinants
of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol,* 18(7), DOI: http://dx.doi.
org/10.3748/wjg.v18.i7.

Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Demyttenaere K, Tack J. (2010). Psychosocial Factors, Psychiatric Illness and Functional Gastrointestinal Disorders: A Historical Perspective. *Digestion,* 82: 201-210 .

Ziegelmann JP, Lippke S. (2007).Planning and strategy use in health behavior change: A life-span view. *Int J Beh Med,* 14: 30–39.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

EVALUAREA VULNERABILITĂȚII COGNITIVE PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM: O ANALIZĂ SISTEMATICĂ

ANDA MADAR
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației
anda.madar@yahoo.com

ABSTRACT: Although the link between cognitive style and vulnerability to depression is well established, the link to postpartum depression has not been extensively investigated and findings are less conclusive. However, recent research focused on the hypothesis of subtypes of postpartum depression associated to general versus specific cognitive vulnerability offers new insights. This paper presents a review and discussion of self-report measures used to assess both general and specific cognitive vulnerability to postpartum depression and their predictive value to postpartum depression symptomatology. Firstly, published psychometric data of each self-report instrument are analyzed, then, strengths and weaknesses are discussed, and finally, implications for clinical practice and research are advanced.
Key words: postpartum depression, cognitive vulnerability, self-report instruments, systematic review

1. INTRODUCERE

Simptomele depresiei se regăsesc frecvent la femei în perioada postpartum, variind pe un continuum de la o ușoară tristețe postnatală (baby blues), până la veritabile episoade depresive cu debut postpartum. Până la 70% dintre noile mame resimt tristețe postnatală (baby blues) în cursul primelor 10 zile postpartum, în timp ce depresia postnatală se dezvoltă începând cu primele două săptămâni de la naștere, la 10-15% dintre noile mame și întrunește criteriile de diagnostic pentru un episod depresiv major (sever, moderat sau ușor) (O'Hara & Swain, 1996).

Într-un prim review clinic asupra depresiei postpartum, Hopkins et al. (1984) identificau lacunele din literatura de la acea vreme, argumentau nevoia de studiu asupra depresiei postpartum și propuneau cercetărilor viitoare dezvoltarea unui model comprehensiv al tulburării.

Într-adevăr, în ultimele trei decenii, interesul pentru depresia postnatală a crescut, pe de o parte datorită rezultatelor studiilor de prevalență care indicau rate mai crescute decât cele estimate anterior (ex. dacă se iau în considerare alte criterii de debut (Cooper & Murray, 1997) sau în anumite populații: statut socioeconomic scăzut (Hobfol et al., 2005), iar pe de altă parte datorită numărului mare de studii care indicau consecințele negative pe care depresia postpatum le are asupra mamei, cărora li se adaugă afectele negative asupra relației cu copilul și a dezvoltării acestuia (Philipps & O Hara, 1991; Burke, 2003), dar și afectarea relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în general (Burke, 2003).

Cercetarea factorilor de risc pentru depresia postnatală a urmat în mare parte explorarea lor în mai vasta literatură despre depresie, luând în considerare atât variabile biologice, cât și psihosociale. Însă, spre deosebire de depresia în general, în ceea ce privește depresia postpartum, vulnerabilitatea biologică a fost investigată într-o mai mare măsură. Pe de o parte pentru că a fost investigată de mai multe linii de cercetare din domenii conexe, iar pe de altă parte pentru că sarcina, nașterea și perioada postnatală aduc modificări fiziologice dramatice care au condus la ipoteza că tulburările afective postnatale au o etiologie biochimică sau hormonală. Interesul în variabilele biologice care pot juca un rol în precipitarea depresiei postnatale s-a focalizat pe hormonii sexuali, în special pe estrogen care are funcția bine documentată de reglare a comportamentului sexual feminin și a comportamentului matern (Keverne & Kendrick, 1992). Hendrick et al. (1998) concluzionează, în urma unui review privind implicațiile modificărilor hormonale în depresia postpartum, că literatura nu susține niciunul dintre factorii biologici investigați în relație cu depresia postnatală (steroizi gonadali, hormoni tiroidieni, hormoni pituitari, cortisol), cu toate că unii hormoni, precum estradiol sau ACTH, merită explorare suplimentară, studiile au condus la rezultate negative sau contradictorii pentru majoritatea vaiabilelor biologice considerate ca fiind implicate în etiologia tulburărilor emoționale postnatale. Mai recent, Swendsen & Mazure (2000) precizează că nu a fost demonstrată o asociere clară între factori specifici hormonali sau neurochimici și depresia postpartum.

Totuși, cercetarea din ultimele trei decenii, a acumulat o bază solidă de cunoștințe privind o serie de factori psihosociali ca predictori pentru depresia postnatală.

O serie de factori biologici, psihologici și sociali au fost analizați ca posibili predictori pentru depresia postpartum (O'Hara & Swain, 1996), iar ulterior factorii de risc au fost clasificați în funcție de mărimea efectului. Astfel, se pare că cei mai puternici predictori ai depresiei postnatale sunt: depresie sau anxietate pe parcursul sarcinii sau depresie anterior. pe parcursul vieții (Ryan et al., 2005; Robertson et al., 2004). Robertson et al. (2004) concluzionează că acestor predictori puternici li se adaugă predictori cu efect moderat-sever (lipsa suportului social și evenimente de viață stresante), moderat (factori psihologici și probleme în relația de cuplu) sau scăzut (factori obstetricali, status socio-economic).

2. VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM

Investigarea vulnerabilității cognitive pentru depresie postnatală a oglindit în mare parte explorarea acesteia

în vasta literatură privind modelele etiologice ale depresiei, fiind însă un demers mai recent.

Vulnerabilitatea cognitivă se referă la acele caracteristici cognitive (precum credinţe dezadaptative, stiluri atribuţionale, procese cognitive, scheme) care cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări. Aceste vulnerabilităţi cognitive există cu mult înainte de debutul primelor semne sau simptome ale tulburării. La intersecţia cu evenimente de viaţă stresante, acestea crează vulnerabilitatea pentru tulburări psihologice specifice, dezvoltă şi menţin problemele după debutul lor. Elementul central al modelelor stres-vulnerabiltate pentru depresie este ideea că evenimente de viaţă negative pot interacţiona cu vulnerabilitatea personală preexistentă pentru depresie. Încercările recente de înţelegere a etiologiei depresiei postnatale, au fost influenţate de două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (1987) şi teoria lipsei de speranţă (Abramson et al, 1989)

Modelele psihologice ale depresiei implică o etiologie stres-vulnerabilitate, unde vulnerabilitatea cognitivă poate fi reprezentată de scheme negative despre sine (Beck, 1987) sau de un stil atribuţional disfuncţional (Abramson et al, 1989). Cele două teorii majore ale depresiei, teoria lipsei de speranţă (Abramson et al, 1989) şi teoria lui Beck (1987) sunt modele stres-vulnerabilitate în care varianţa în susceptibilitatea la depresie după un eveniment de viaţă stresant este înţeleasă în termenii diferenţelor de stiluri cognitive care afectează felul în care acele evenimente sunt interpretate. Aceste două teorii cognitive sau modele etiologice stres-vulnerabilitate cognitivă pentru depresie s-au impus în literatură, cu toate că au mai fost avansate de-a lungul timpului şi alte teorii.

Teoria lui Beck

Conform teoriei lui Beck asupra depresiei, persoanele vulnerabile la depresie au scheme dezadaptative latente care sunt activate de evenimente de viaţă stresante. Aceste scheme sunt descrise ca fiind structuri stabile şi rezistente la schimbare care se dezvoltă din experienţe timpurii de viaţă (Shaw, 1982). Credinţele disfuncţionale reflectă conţinutul acestor scheme relativ stabile. Schemele depresogene cuprind atitudini disfuncţionale perfecţioniste, rigide şi deseori nerealiste ca standarde prin care persoanele se autoevaluează (Beck, 1987). La baza teoriei cognitive a lui Beck asupra depresiei stau aşadar schemele cognitive depresogene, credinţele disfuncţionale şi triada cognitivă care se referă la imaginea negativă despre sine, lume şi viitor. Schemele negative, rigide şi extreme despre sine, organizate în jurul temelor de pierdere, lipsă de valoare, inadecvare, eşec sau incapacitate constituie vulnerabilităţi specifice pentru dezvoltarea depresiei. Aceste scheme depresogene influenţează percepţia, interpretarea şi reamintirea experienţelor personale, conducând la formarea unei imagini despre sine, lume şi viitor biasate negativ.

Beck, Epstein, Harrison & Emery (1983, apud. Grazioly & Terry, 2000), într-o elaborare a teoriei originale a lui Beck, identifică două tipuri de scheme supraordonate care crează vulnerabilităţi specifice pentru diferite tipuri de stresori: sociotropie şi autonomie. Conform acestei teorii, cele două categorii de persoane, sociotrope şi autonome, pot trăi diferit evenimentele de viaţă, fiind centrate în principal pe tema socială, respectiv pe cea de reuşită (Frewen & Dozois, 2006). Sociotropia reprezintă măsura în care o persoană este preocupată de felul în care este percepută de către ceilalţi, este dependentă de alţii pentru suport psihologic şi stare de bine, este motivată să obţină acceptarea şi aprobarea celorlalţi. Autonomia reprezintă măsura în care o persoană este motivată de un set de criterii personale (standarde personale înalte) pentru măsurarea nivelului reuşitei şi este intolerant la frustrare sau la interferenţa în urmărirea acestor obiective. Această teorie a congruenţei susţine că indivizii sociotropi au un risc mai crescut pentru a dezvolta depresie comparativ cu cei nonsociotropi în urma confruntării cu evenimente sociale negative precum respingere sau pierdere, iar indivizii autonomi sunt mai vulnerabili pentru depresie decât indivizii nonautonomi în urma experienţei unui eşec.

Teoria lipsei de speranţă

(Abramson, Metalsky & Alloy, 1989)

Conform teoriei lipsei de speranţă (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989), vulnerabilitatea cognitivă se referă la un stil cognitiv negativ reflectat în tendinţa de a face inferenţe negative despre cauzele evenimentelor negative (atribuiri stabile şi globale) şi despre consecinţele acestora, precum şi tendinţa de a infera caracteristici negative despre sine ca urmare a confruntării cu evenimente negative. Sunt vulnerabile la depresie când se confruntă cu evenimente negative persoanele care au un stil inferenţial negativ, caracterizat prin tendinţa de a atribui evenimentele negative de viaţă unor cauze stabile, globale şi interne (Peterson et al. 1982).

Modelele atribuţionale îşi au originea în modelul neajutorării învăţate dezvoltat de Seligman (1975) pornind de la modele animale. Acesta sugera că depresia apare când un organism nu reuşeşte în încercările sale de a controla mediul. Limitele acestui model în explicarea depresiei la oameni, a condus la reformulări ulterioare. Spre exemplu, conform modelului propus de Ambramson et al. (1978) stilurile atribuţionale, ca modalităţi învăţate de explicare a cauzelor unui eveniment constituie vulnerabilitate pentru depresie astfel: debutul unui episod depresiv este precedat de apariţia unui eveniment negativ care produce răspunsuri atribuţionale depresogene (tendinţa de a atribui cauzele evenimentului unor factori interni, stabili şi globali). Similar schemelor cognitive în modelul lui Beck, stilul atribuţional este o tendinţă relativ stabilă în timp care în condiţii de stres predispune individul pentru a dezvolta depresie.

Teoriile vulnerabilităţii cognitive şi depresia postpartum

Deşi teoriile vulnerabilităţii cognitive au fost validate în relaţie cu depresia, contribuind semnificativ la înţelegerea modalităţii de dezvoltare şi menţinere a acesteia, investigarea modelelor cognitive în relaţie cu depresia postnatală nu a condus la rezultate consistente (Gotlib et al., 1991). Totuşi, teoriile vulnerabilităţii

cognitive pentru depresia postpartum sunt susţinute parţial de studiile care iau în considerare stilul atribuţional sau credinţele iraţionale în cadrul modelului stres-vulnerabilitate testat şi sunt susţinute indirect prin rezultatele studiilor privind eficienţa unor intervenţii care au la bază o conceptualizare cognitivă. Datele însă sunt puţine şi inconsistente.

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postpartum este susţinută indirect de linia de studii care indică faptul că există o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie, iar depresia postpartum nu este altceva decât un episod depresiv cu debut postpartum, dar cu unele particularităţi de conţinut. Aşadar, dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum şi în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariţia şi dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariţia unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabiltatea există şi este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuşi evaluată şi va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată şi în simptomatologia depresivă prepartum.

Proiectul Vulnerabilitate Cognitivă pentru Depresie Temple-Wisconsin (Alloy et al., 1999) a oferit dovezi puternice, de necontestat, în favoarea celor două modele de vulnerabilitate cognitivă. Urmărind demersul acestui proiect, în paralel cu investigarea acestor modele pentru depresia postnatală, se pot identifica posibile motive care conduc la inconsistenţa datelor:

a. Cele două teorii ale depresiei nu sunt egal reprezentate în literatura privind depresia postnatală: Teoria lipsei de speranţă (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relaţia cu depresia postnatală. În pofida atenţiei date acestui concept, stilul atribuţional nu a primit susţinere empirică ca şi predictor consistent pentru depresia postnatală (Swendsen & Mazure, 2000). Grazzioli & Terry (2000) investighează în cadrul aceluiaşi studiu ambele teorii cognitive în relaţie cu depresia postnatală, însă datele obţinute susţin doar modelul lui Beck, nu şi cel al lipsei de speranţă. Acest studiu, spre deosebire de cele anterioare lui, include o dezvoltare a teoriei lui Beck: sociotropia şi autonomia.

b. În cercetarea privind modelele stres-vulnerabilitate pentru depresia postnatală, ceea ce constituie stresor nu este clar definit. Se consideră, de regulă, că perioada perinatală, cu modificările specifice, constituie un stresor în sine (sarcina, naşterea, perioada postpartum, adaptarea la rolul de mamă). Atât sarcina, cât şi rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieţii, evaluări ale competenţei personale, expunerea la stresori relaţionaţi cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relaţiilor preexistente. Studiile care investighează temperamentul copilului în relaţie cu depresia postnatală sunt studii cross-secţionale, astfel că nu putem şti dacă temperamentul dificil în interacţiune cu vulnerabilitatea mamei contribuie la dezvoltarea depresiei postnatale sau dacă depresia mamei deja există şi contribuie la evaluarea temperamentului copilului ca fiind dificil sau la afectarea îngrijirii copilului care îl poate face astfel să pară dificil.

c. Designurile de studiu longitudinale sau prospective sunt cea mai bună modalitate de a testa factorii de vulnerabilitate cognitivă avansaţi, permit stabilirea atât a precedenţei temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă, cât şi independenţa sa de simptome. De asemenea, permit observarea participanţilor cu risc crescut care încă nu au dezvoltat tulburarea.

d. Instrumentele de evaluare: În cercetarea privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresia postnatală au fost utilizate scalele de evaluare a vulnerabilităţii cognitive pentru depresie DAS şi ASQ. Abia recent au fost dezvoltate scale de vulnerabilitate specifică.

Dezvoltarea acesor scale de vulnerabilitate specifică a condus recent la ipoteza privind două subtipuri de depresie în perioada postnatală (Phillips et al., 2010; Church et al., 2009): (re)activarea vulnerabilităţii generale pentru depresie de către un stresor postnatal sau activarea unei vulnerabilităţi specifice pentru depresia postnatală, dar nu şi pentru depresie. Acesta ar explica datale privind reactivarea depresiei după naştere la femeile cu istoric de depresie şi debutul doar de depresie postpartum la femei fără istoric de depresie (Cooper&Murray, 1995).

Prin prisma acestor date se impune o analiză integrativă a modalităţii de evaluare a vulnerabilităţii cognitive şi a relaţiei obţinute cu depresia postpartum.

Lucrarea de faţă a prezentat dezvoltarea conceptului de depresie postnatală şi premisele teoretice ale modelelor de vulnerabilitate cognitivă pentru depresia postnatală. Această trecere în revistă a literaturii va fi urmată de o analiză a studiilor care raportează date privind evaluarea vulnerabilităţii cognitive în perioada postpartum şi care prezintă date despre asocierea acesteia cu depresia postnatală.

3. METODOLOGIE

S-a realizat o căutare computerizată a literaturii, cuprinzând articole indexate PsychInfo, Proquest, ScienceDirect şi Medline. S-au folosit ca şi cuvinte cheie în căutare: "postpartum depression" sau "postnatal depression" şi combinaţii ale termenilor: "cognitive vulnerability", "attitudes", "beliefs" şi "dysfunctional". Căutarea a inclus articole publicate până în ianuarie 2012. Criteriile de includere au fost:

a. Articol publicat în limba engleză;

b. Are ca şi temă depresia postnatală;

c. Evaluează vulnerabilitatea cognitivă.

Criteriile de excludere au fost:

a. Investigarea depresiei postnatale sau a vulnerabilităţii cognitive în populaţii specifice (ex. mame adolescente, mame cu tulburări alimentare, tulburare bipolară sau depresie cu elemente psihotice).

b. Studiul are ca şi obiectiv validarea unui instrument

Întrucât literatura privind depresia postnatală este eterogenă, fenomenul fiind investigat nu numai din perspectivă psihologică, ci şi medicală, s-a optat pentru o definiţie generală a vulnerabilităţii cognitive, astfel încât să poată fi accesibile şi încercările din alte domenii de investigare a credinţelor şi atitudinilor în perioada postnatală. Astfel, vulnerabilitate cognitivă a fost definită ca acele caracteristici cognitive (precum

credinţe dezadaptative, stiluri atribuţionale, procese cognitive, scheme) care, la intersecţia cu evenimente de viaţă stresante, cresc probabilitatea de dezvoltare a unor tulburări psihologice specifice, dezvoltă şi menţin problemele după debutul lor.

Căutarea iniţială pe baza cuvintelor cheie a condus la 6652 de articole care au fost analizate pe baza abstractelor. În urma aplicării criteriilor prestabilite de includere şi a celor de excudere, au rezultat 10 articole, iar pentru acestea, s-a obţinut apoi textul integral.

4. REZULTATE

Studii analizate	Metodologia cercetării: Subiecţi şi procedură	Evaluarea vulnerabilităţii cognitive	Evaluarea depresiei postnatale	Rezultate
O'Hara et al. (1982)	170 femei recrutate în al doilea trimestru de sarcină, urmărite până la trei luni postpartum	ASQ DAS	BDI	cel mai semnificativ predictor al depresiei postnatale a fost nivelul de depresie prenatal; dintre variabilele cognitiv-comportamentale, doar stilul atribuţional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală
Cutrona (1983)	85 primipare au participat la evaluări prenatal (în ultimul trimestru de sarcină), la 2 şi la 8 săptămâni postnatal	ASQ, monitorizare atribuţii pentru evenimente negative trăite	BDI HRS	stilul atribuţional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală (direct, nemediat de atribuţiile cauzale pentru evenimente neative trăite), însă doar 10% din varianţa simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul la ASQ
O'Hara et al. (1984)	99 femei (50% primipare) urmărite din semestrul doi de sarcină până la 6 luni postpartum	ASQ	BDI SADS	nu există o asociere între stilul atribuţional pentru evenimnte de viaţă negative şi severitatea simptomatologiei depresive postnatale; corelaţie nesemnificativă statistic între stilul atribuţional şi nivelul simptomatologiei depresive pre şi postnatale
Whiffen (1988)	124 primipare evaluate în ultimul trimestru de sarcină şi postpartum: 115 incluse în analiză	scală stil atribuţional dezvoltată şi ataşată LEI	BDI tristeţe postnatală (Maternity Blues scală dezvoltată) SADS	stilul atribuţional nu contribuie semnificativ la explicarea diagnosticului de depresie postnatală: atribuirile interne nu au fost relaţionate cu simptomatologia postnatală
Gotlib et al. (1991)	730 de femei care au participat la evaluări prenatal (medie 23.1 săptămâni de sarcină) şi postnatal (medie: 4.5 săptămâni postnatal)	DAS	BDI SADS	DAS nu a contribuit semnificativ la predicţia depresiei postnatale (atât singur, cât şi în interacţiune cu stresul perceput); de asemenea, scorul la DAS prenatal nu a diferenţiat între femeile care au dezvoltat ulterior depresie şi cele care nu au dezvoltat depresie şi nici postpartum între cele care aveau depresie şi cele care nu aveau; stilul cognitiv pe parcursul sarcinii nu s-a dovedit a fi un asociat (factor concomitent) sau un predictor robust al depresiei postnatale
Grazioli& Terry (2000)	65 primipare la T1 (trimestrul trei de sarcină), dintre care 57 au oferit date T2 (şase săptămâni postnatal)	DAS-A REASQ	EPDS	atitudinile disfuncţionale (în special evaluarea performanţei) evaluate prenatal prezic depresia postnatală şi distresul emoţional al mamei (evaluat de partener); atitudinile disfuncţionale şi nivelul crescut de stres postnatal cresc vulnerabilitatea pentru distres postnatal şi simptomatologie depresivă stilul atribuţional (locus intern a cauzalităţii pentru evenimente negative) în intreracţiune cu un nivel crescut de stres nu prezice simptomatologie depresivă postnatală
Church et al. (2005)	406 femei (49% primipare) au participat la studiu (perioada modală: 12 săptămâni postnatal)	DAS-24 MAQ	EPDS	credinţele disfuncţionale relaţionate maternităţii explică relaţia dintre problemele relaţionate cu copilul şi depresia postnatală: relaţia dintre episoade depresive în istoric şi depresie postnatală este mediată parţial de credinţe disfuncţionale generale, dar nu şi de credinţe disfuncţionale specifice maternităţii
Church et al. (2009)	407 femei (perioadă modală postpartum 12 săptămâni), dintre care 89 cu simptomatologie depresivă postnatală (49% primipare)	MAQ DAS	EPDS	în grupul de femei cu depresie postnatală au fost identificate corelate cognitive diferite ale depresiei: un grup cu simptomatologie depresivă postnatală asociată cu nivel foarte ridicat de atitudini disfuncţionale generale şi un nivel crescut de atitudini disfuncţionale specifice (vulnerabilitate cognitivă generală şi răspuns dezadaptativ specific):

				un grup cu simptomatologie depresivă postnatală asociată cu un nivel mediu al atitudinilor disfuncționale generale și un nivel ridicat de atitudini disfuncționale specifice (răspuns dezadaptativ specific); un grup cu simptomatologie subclinică asociată cu un nivel mediu al atitudinilor disfuncționale generale și al atitudinilor disfuncționale specifice
Jones et al. (2010)	grup clinic (379 multipare cu depresie majoră recurentă, fără simptomatologie la data recrutării: cu istoric de depresie postnatală (N=143) și fără istoric de depresie postnatală (N=131); 105 excluse din analize) și grup de control (N=173)	DAS	BDI interviu clinic	nivelul crescut de atitudini disfuncționale (nevoie crescută de realizare, dependență crescută de ceilalți și nevoie crescută de control pentru sine) este asociat cu simptomatologia femeilor cu istoric de depresie majoră asociată cu nașterea nu s-au găsit caracteristici cognitive specifice, care să diferențieze între femeile cu depresie majoră recurentă cu istoric de depresie postnatală și cele cu depresie majoră recurentă fără istoric de depresie postnatală
Phillips et al. (2010)	157 femei evaluate postpartum în perioada 2 săptămâni – 12 luni	DAS-24 MAQ	EPDS SCID-I	vulnerabilitate generală: atitudinile generale negative nu diferențiază între femeile cu depresie recurentă (depresie postnatală și istoric de depresie) și femeile cu depresie postnatală (fără istoric de depresie); vulnerabilitate specifică: femeile cu depresie postnatală (fără istoric de depresie) nu prezintă o vulnerabilitate (atitudini disfuncționale) specifică maternității

ASQ=Attributional Style Questionnaire; DAS=Dysfunctional Attitudes Scale; MAQ=Maternal Attitudes Questionnaire; BDI=Beck Depression Inventory; SCID-I=Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SADS=Schedule for Affective Disorders and Schizofrenia; HRS=Hamilton Rating Scale for Depression; LEI= Life Ivents Inventory

Maternal Attitudes Questionnaire MAQ (Warner et al., 1997) este un instrument de evaluare a credințelor mamei cu privire la maternitate, ca factor de vulnerabilitate cognitivă specifică pentru depresia postpartum. Ipoteza existenței unei vulnerabilități cognitive specifice care stă la baza demersului de dezvoltare a acestui chestionar este fundamentată de autori pe studiile privind rezultatele pozitive ale intervențiilor cognitive în depresia postpartum (Appleby et al., 1997) și pe datele privind relația dintre factori cognitivi precum evaluarea competenței materne și distres (Teti & Gelfland, 1991). În plus, aceștia inferează existența unei vulnerabilități postpartum specifice pornind de la datele epidemiologice (Cooper & Murray, 1995): există o categorie de femei care dezvoltă depresie după naștere, dar nu și la alte evenimente de viață, precum există și femei care au un istoric de depresie și nu dezvoltă depresie postpartum după naștere.

Varianta finală a MAQ cuprinde 14 itemi constând în afirmații la persoana întâi față de care respondentul trebuie să își exprime acordul sau dezacordul pe o scală Likert cu patru puncte. Răspunsul la itemi este cotat cu 0, 1 sau 2, un scor crescut indicând acord sau acord crescut cu itemi reprezentând credințe dezadaptative. Itemii vizează trei arii de conținut cognitiv: așteptări privind maternitatea, așteptări de la sine ca mamă și conflicte de rol.

Date psihometrice ale scalei raportate de autori sunt bune: consistență internă ridicată (0.84 coeficient Alpha Cronbach); fidelitate test-retest: nu există modificări semnificative în răspunsuri între cele două testări; validitate concurentă: corelație puternică (0.50, $p<0.001$) a MAQ cu CIS-R indicând o asociere puternică între depresie și credințe negative asociate cu maternitatea; în plus, printre subiecții cu scor crescut la EPDS, MAQ distinge între cei diagnosticați la interviu cu depresie majoră severă sau ușoară; validitate de aspect: derivarea itemilor din experiența clinică și din analiza rezultatelor studiilor anterioare.

În studiile analizate, coeficienții de consistență internă raportați sunt moderați și ridicați: .72 (Church et al. 2005, 2009) și .86 (O'Hara et al. 1982).

MAQ a fost utilizat în trei dintre studiile analizate pentru evaluarea vulnerabilității cognitive specifice. În toate cele trei studii a fost utilizat DAS pentru evaluarea vulnerabilității cognitive generale. În două dintre aceste studii, Church et al. (2005, 2009) oferă date care susțin ipoteza eterogenității depresiei postnatale și existența, atât a unei vulnerabilități cognitive generale, cât și a unei vulnerabilități cognitive specifice. Datele obținute de Phillips et al. (2010) însă, nu confirmă ipotezele susținute de Church et al. (2005; 2009). O posibilă explicație ar putea veni din diferența de metodologie între studii. Church et al. (2005; 2009) și-a testat ipotezele pe o populație mai numeroasă (N=407, dintre care 89 cu simptomatologie depresivă postnatală, în studiul din 2005, respectiv N=406, în studiul din 2009) comparativ cu Phillips et al. (2010) (N=157, dintre care 49 cu depresie: 25 cu depresie recurentă și 24 cu depresie postpartum, dar fără istoric de depresie). Ori se știe că efectele mici pot fi surprinse doar pe populații mari. Apoi, perioada de evaluare postpartum a diferit (12 săptămâni postpartum ca interval modal la Church et al. (2005, 2009) și 2 săptămâni-12 luni postpartum la Phillips et al. (2010)). Diferența semnificativă însă, este modalitatea de evaluare și diagnostic a depresiei postnatale: Church et al. (2005, 2009) folosește doar scorul critic la EPDS, în

timp ce Phillips et al. (2010) utilizează EPDS şi SCID-I (interviu clinic).

Punctele tari ale MAQ sunt pe de o parte, datele psihometrice: fidelitate crescută (test-retest şi consistenţă internă), validitate concurentă şi de aspect, iar pe de altă parte, timpul redus de administare (factor semnificativ, în special în perioada postpartum). Avantajul major faţă de DAS şi ASQ este relevanţa pentru perioada postpartum şi congruenţa tematică cu crdinţele specifice depresiei postnatale care îi sporesc utilitatea practică, în intervenţie: ca şi ţintă a intervenţiei, credinţele sunt mai utile decât emoţiile în ameliorarea simptomatologiei generale; contribuie la eficienţa intervenţiei; oferă posibilitatea unei intervenţii specifice. Dacă studiile viitoare vor confirma ipoteza că depresia postpartum este eterogenă, evaluarea cu MAQ oferă posibilitatea unui intervenţii diferenţiate funcţie de tipul depresiei şi al vulnerabilităţii cognitive asociate.

Punctele slabe ale MAQ sunt: nu poate fi folosit prenatal, dar ar putea fi adaptat pentru a investiga prospectiv credinţele prenatale predictive pentru depresia postnatală; itemii cuprind arii de conţinut (aşteptări privind maternitatea, aşteptări de la sine ca mamă şi conflicte de rol), fiind derivaţi pornind de la experienţa practică şi de la subscalele unor instrumente anterioare care vizau credinţe relaţionate maternităţii; conceptual, itemii vizează credinţe disfuncţionale. atitudini şi aşteptări, însă fără o relaţionare cu constructele vreuneia dintre teoriile cognitive ale depresiei.

Dysfunctional Attitudes Scale DAS (Weissman, 1979; Weissman & Beck, 1978) este un instrument de autoevaluare pentru atitudinile asociate simptomatologiei depresive. Scala a fost construită pentru a evalua conţinuturile cognitive care stau la baza simptomatologiei depresive conform teoriei lui Beck (Beck, 1967). Iniţial, o scală cu 100 de itemi, a fost transformată ulterior în două forme paralele a câte 40 de itemi (DAS-A şi DAS-B). Itemii sunt frazaţi ca afirmaţii care stau de obicei la baza gândirii depresive idiosincratice. Fiecare item obţine informaţii despre credinţele disfuncţionale ale persoanei care acţionează ca scheme prin care aceasta îşi reprezintă lumea (Weissman & Beck, 1978). Frazarea a 10 itemi reprezintă varianta funcţională, în timp ce restul de 30 de itemi reprezintă atitudini disfuncţionale. Subiecţii evaluează fiecare afirmaţie funcţie de modalitatea în care gândesc în mod normal pe o scală Likert de 7 puncte unde 1=acord total şi 7=dezacord total. Scorul DAS indică măsura în care atitudinile disfuncţionale sunt caracteristice modalităţii de a gândi a persoanei: cu cât scorul este mai crescut, cu atât mai disfuncţionale sunt atitudinile persoanei. Consistenţa internă raportată de autori pentru DAS (Alpha Cronbach = .89) este bună (Weissman & Beck, 1978, apud. Macavei, 2006), consistenţa internă pentru varianta în limba română este .86 (Macavei. 2006). iar cea raportantă în studiile analizate este de .90 (Church et al. (2005, 2009)). De asemenea, rezultatele validării versiunii române a DAS-A indică pe de o parte, o asociere pozitivă între atitudinile disfuncţionale şi emoţiile negative, iar pe de altă parte, o asociere negativă între atitudinile disfuncţionale şi emoţiile pozitive (Macavei, 2006).

DAS este cel mai utilizat instrument din studiile analizate, fiind modalitatea de evaluare a vulnerabilităţii cognitive în 7 dintre cele 10 studii analizate aici. Majoritatatea studiilor care folosesc DAS pentru evaluarea vulnerabilităţii cognitive găsesc o asociere pozitivă cu simptomatologia depresivă postpartum (Jones et al., 2010; Church et al., 2009; 2005), chiar şi atunci când stilul atribuţional nu prezicea simptomatologia depresivă postnatală (Grazioli & Terry, 2000; Jones et al., 2010). O'Hara et al. (1982) şi Gotlieb et al. (1991) nu găsesc însă o asociere pozitivă între DAS şi simptomatologia depresivă postnatală, cu toate că O'Hara et al. (1982) găseşte stilul atribuţional ca predictor semnificativ în ecuaţia de regresie pentru depresia postnatală. Diferenţa majoră dintre studiile care au identificat o relaţie pozitivă a DAS cu depresia postnatală şi cele care nu au găsit această relaţie este modalitatea de diagnostic şi evaluare a depresiei postnatale: O'Hara et al. (1982) şi Gotlieb et al. (1991) utilizează BDI, în timp ce restul studiilor folosesc BDI şi interviu clinic (Jones et al., 2010) sau EPDS (Grazioli & Terry, 2000; Church et al., 2009; 2005).

Punctele tari ale DAS sunt: datele psihometrice bune, asocierea puternică, validată într-o multitudiune de studii, cu depresia (Oliver et al. 2007; Macavei, 2006) şi faptul că este construit pe baza unui model teoretic al depresiei.

Principalul punct slab este specificitatea: incongruenţa tematică cu credinţele specific perioadei perinatale.În lumina noilor date privind eterogenitatea depresiei postnatale, este posibil ca DAS să nu surprindă vulnerabilitatea cognitivă sau mecanismele cognitive specifie care stau la baza simptomatologiei unor categorii de persoane cu depresie postnatală. Aceasta ar putea explica şi rezultatele obţinute de O'Hara et al. (1982) şi Gotlieb et al. (1991). În plus, se ştie că un instrument de evaluare a vulnerabilităţii cognitive este cu atât mau util cu cât este mai specific ca şi conţinut. Astfel, utilitatea practică, în intervenţie, poate avea de suferit, precum şi puterea predictivă şi explicativă a DAS pentru simpomatologia depresivă postnatală.

Attributional Style Questionnaire ASQ (Peterson et al., 1982) este un instrument dezvoltat pentru a măsura constructe atribuţionale relevante pentru teoriile atribuţionale ale depresiei. Unul dintre cele mai importante modele atribuţionale este cel al neajutorării învăţate (Abramson et al., 1978) care susţine că simptomatologia depresivă este asociată cu un stil atribuţional în care evenimentele negative incontrolabile sunt atribuite unor cauze interne (versus externe), stabile (versus instabile) şi globale (versus specifice). Varianta ASQ dezvoltată de Peterson et al. (1982) cuprinde 12 evenimente ipotetice diferite, jumătate pozitive şi jumătate negative. jumătate interpersonale şi jumătate relaţionate cu reuşita. Subiectul trebuie să identifice cauza majoră a evenimentului, apoi să evalueze cauza funcţie de cele trei dimensiuni atribuţionale pe o scală Likert cu 7

puncte. În final, tot pe o scală Likert cu 7 puncte, subiectul trebuie să evalueze importanţa situaţiei descrise. Autorii ASQ raportează o consistenţă internă moderată a scalelor compozite de .75 şi .72 (coeficient Alpha Cronbach), o consistenţă internă medie a subscalelor de şase itemi de .54 (coeficient Alpha Cronbach .44 - .69). În studiile analizate, doar O'Hara et al. (1982, 1984) oferă date de fidelitate a instrumentului, raportând o consistenţă internă moderată de .72 (coeficient Alpha Cronbach) pentru ASQ fără patru subscale care nu erau aplicabile populaţiei investigate.

Punctele slabe sunt consistenţa internă moderată şi validitatea de aspect deficitară: utilizarea situaţiilor ipotetice, în detrimentul evenimentelor reale, personale. Un punct tare al ASQ comparativ cu MAQ este modelul teoretic al depresiei de la care a pornit construirea acestei scale.

Trei studii dintre cele analizate folosesc ASQ pentru măsurarea stilului atribuţional în relaţie cu depresia postpartum. O'Hara et al. (1982) găseşte că, dintre variabilele cognitiv-comportamentale investigate, doar stilul atribuţional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresi postnatală. Nu reuşeşte însă să replice rezultatul (O'Hara et al. (1984), însă Cutrona (1983) găseşte că stilul atribuţional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală, chiar dacă doar 10% din varianţa simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul de la ASQ.

Alte două studii (Grazioli & Terry, 2000; Whiffen, 1988) care investighează stilul atribuţional în relaţie cu depresia postnatală nu găsesc o relaţie semnificativă. Însă aceste două studii foloesc instrumente diferite de evaluare a stilului atribuţional. Dacă Whiffen (1988) a utilizat o scală dezvoltată şi ataşată scalei Life Ivents Inventory (Cochrane & Robertson, 1973, apud. Whiffen, 1988), Grazioli & Terry (2000) au utilizat o versiune modificată a REASQ.

Real Events Attributional Style Questionnaire REASQ (Norman & Antaki, 1988) a fost dezvoltat ca o alternativă la ASQ de evaluare a stilului atribuţional, propunându-şi să remedieze deficienţele ASQ (consistenţa internă moderată şi validitatea de aspect deficitară). REASQ urmează formatul ASQ cerându-le repondenţilor să ia în considerare evenimente, să le atribuie unor cauze şi să evalueze aceste cauze pe dimensiunile: internalitate, stabilitate, globlitate şi importanţă. Diferenţa faţă de ASQ este că respondenţii sunt rugaţi să prezinte evenimente din viaţa lor (două evenimente sociale negative şi două situaţii în care au eşuat în ceva ce şi-au dorit). REASQ nu include şi evenimente pozitive pentru că atribuirile pentru evenimente negative au fost relaţionate semnificativ cu depresia şi mai puternic decât atribuirile pentru evenimentele pozitive (Norman & Antaki, 1988). Autorii REASQ raportează coeficienţi de consistenţă internă similari cu ai ASQ (scor compozit .63 versus . 72, stabilitate .68 versus .59, globalitate .56 versus .56), cu excepţia dimensiunii internalitate coeficient Alpha Cronbach .18 (versus .46, Peterson et al., 1982). Aşadar, REASQ punctează la validitate de aspect, însă consistenţa internă a scalei rămâne moderată. Chiar şi aşa, autorii raportează o asociere slabă dar semnificativă a atribuirilor pentru evenimente reale cu depresia (Norman & Antaki, 1988). Utilizând o versiune modificată a REASQ, Grazioli & Terry (2000) nu au găsit o relaţie semnificativă a stilului atribuţional cu depresia postnatală, iar consistenţa internă a scalei a fost scăzută (Alpha Cronbach pentru scalele de stabilitate şi globalitate <.40), doar scala de internalitate având un coeficient de consistenţă internă moderat (.77).

Punctul slab al REASQ, la fel ca şi al ASQ este consistenţa internă moderată, însă avantajul REASQ faţă de ASQ şi faţă de DAS este validitatea de aspect, iar comparativ cu MAQ, REASQ este dezvoltat pornind de la un model teoretic al depresiei.

5. CONCLUZII

Lucrarea de faţă a prezentat mai întâi dezvoltarea conceptului de depresie postnatală, apoi premisele teoretice ale conceptului de vulnerabilitate cognitivă în relaţie cu depresia postnatală. Această fundamentare teoretică a fost urmată de o analiză a instrumentelor de autoevaluare a vulnerabilităţii cognitive prin prima următoarelor dimensiuni: calităţi psihometrice, relaţia constructului măsurat cu depresia postpartum, punctele tari ale instrumentului şi punctele sale slabe. S-au avansat posibile explicaţii privind rezultatele obţinute.

Cu toate că cercetarea în domeniul depresiei postnatale s-a dezvoltat considerabil de la prima analiză sitematică realizată de Hopkins et al. (1984), încă nu există un model comprehensiv al tulburării. Încercările de a înţelege etiologia depresiei postpartum pe baza modelelor cognitive ale depresiei, nu au condus la rezultatele aşteptate. O explicaţie avansată în această analiză a literaturii o reprezintă deficienţele metodologice ale studiilor care evaluează vulnerabilitatea cognitivă în relaţie cu depresia postnatală.

1. Cele două teorii ale depresiei sunt egal reprezentate în studiile analizate, cu toate că, anterior Swendsen & Mazure (2000) constatau că teoria lipsei de speranţă (Abramson et al., 1989) a fost cea mai investigată teorie stres-vulnerabilitate în relaţia cu depresia postnatală, dar, în pofida atenţiei date acestui concept, stilul atribuţional nu a primit susţinere empirică ca şi predictor consistent pentru depresia postnatală. Într-adevăr, concluzia lui Swendsen & Mazure (2000) se confirmă şi aici.

Trei studii dintre cele analizate folosesc ASQ pentru măsurarea stilului atribuţional în relaţie cu depresia postpartum. O'Hara et al. (1982) găseşte că, dintre variabilele cognitiv-comportamentale investigate, doar stilul atribuţional (ASQ) s-a dovedit a fi un predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală. Nu reuşeşte însă să replice rezultatul (O'Hara et al. (1984), dar Cutrona (1983) găseşte că stilul atribuţional preexistent prezice semnificativ depresia postnatală, chiar dacă doar 10% din varianţa simptomatologiei depresive postnatale este explicată de scorul de la ASQ. Alte două studii (Grazioli & Terry, 2000; Whiffen, 1988) care investighează stilul atribuţional în relaţie cu depresia postnatală nu găsesc o relaţie

semnificativă. Dacă Whiffen (1988) a utilizat o scală dezvoltată şi ataşată scalei Life Ivents Inventory (Cochrane & Robertson, 1973, apud. Whiffen, 1988), Grazioli & Terry (2000) au utilizat o versiune modificată a REASQ.

Majoritatatea studiilor care folosesc DAS pentru evaluarea vulnerabilităţii cognitive găsesc o asociere pozitivă cu simptomatologia depresivă postpartum (Jones et al., 2010; Church et al., 2009 şi 2005), chiar şi atunci unde stilul atribuţional nu prezicea simptomatologia depresivă postnatală (Grazioli & Terry, 2000; Jones et al., 2010). O'Hara et al. (1982) şi Gotlieb et al. (1991) nu găsesc însă o asociere pozitivă între DAS şi simptomatologia depresivă postnatală, cu toate că O'Hara et al. (1982) găseşte stilul atribuţional ca predictor semnificativ în regresie pentru depresia postnatală. Diferenţa majoră dintre studiile care au identificat o relaţie pozitivă a DAS cu depresia postnatală şi cele care nu au găsit această relaţie este modalitatea de diagnostic şi evaluare a depresiei postnatale: O'Hara et al. (1982) şi Gotlieb et al. (1991) utilizează BDI, în timp ce restul studiilor folosesc BDI şi interviu clinic (Jones et al., 2010) sau EPDS (Grazioli&Terry, 2000; Church et al., 2009 şi 2005).

Explicaţia pentru aceste rezultate, ar putea fi nu o problemă a modelului, ci a modalităţii de măsurare a constructului. Această problemă este mai pregnanată în cazul evaluării stilului atribuţional, ASQ şi REASQ, având proprietăţi psihometrice slabe.

2. In lumina noilor date privind eterogenitatea depresiei postpartum (Church et al, 2009), se descoperă punctele slabe ale instrumentelor de evaluare utilizate în literatură.

Instrumentelor utilizate pentru evaluarea vulnerabilităţii cognitive generale pentru depresie, le lipseşte relevanţa în contextul postpartum şi congruenţa tematică cu credinţele specifice perioadei perinatale, iar aceasta ar putea afecta capacitatea lor de predicţie şi explicare a simptomatologiei depresive postnatale. Pe de altă parte însă, singurul instrument de evaluare a credinţelor şi atitudinilor specifice maternităţii utilizat în studiile analizate, nu are la bază un model teoretic explicativ. Identificând această lacună metodologică, Moorhead et al. (2003) au dezvoltat un chestionar de evaluare a credinţelor disfuncţionale realaţionate cu sarcina (PRBQ). Un studiu pilot de validare indică rezultate promiţătoare: consistenţă internă bună (coeficientul Alpha Cronbach .85), corelaţie semnificativă cu DAS şi BDI. Chestionarul necesită însă rafinare, analiză factorială şi validare pe o populaţie mai mare.

3. În plus, abia studiile recente (Church et al., 2009; Phillips et al., 2010) au luat în considerare ipoteza existenţei unor subtipuri de depresie postnatală. Chiar dacă datele obţinute nu sunt concludente, oferă explicaţii plauzibile semnelor de întrebare din literatură şi ipoteze promiţătoare pentru cercetările viitoare.

4. O limită majoră a studiilor analizate este nedefinirea clară a stresorului în testarea modelelor stres-vulnerabilitate propuse. Se considereră, de regulă, că perioada perinatală, cu modificările specifice, constituie un stresor în sine (sarcina, naşterea, perioada postpartum, adaptarea la rolul de mamă). Atât sarcina, cât şi rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieţii, evaluări ale competenţei personale, expunerea la stresori relaţionaţi cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relaţiilor prerexistente. Studiile care investighează temperamentul copilului în relaţie cu depresia postnatală sunt studii cross-secţionale, astfel că nu putem şti dacă temperamentul dificil în interacţiune cu vulnerabilitatea mamei contribuie la dezvoltarea depresiei postnatale sau dacă depresia mamei deja există contribuie la evaluarea temperamentului copilului ca fiind dificil sau la afectarea îngrijirii copilului care îl poate face să pară dificil.

5. Această analiză a literaturii confirmă importanţa designurilor de studiu longitudinale sau prospective ca modalitate de a testa factorii de vulnerabilitate cognitivă, întrucât acestea permit stabilirea, atât a precedenţei temporale a factorului de vulnerabilitate cognitivă, cât şi independenţa sa de simptome. De asemenea, permit observarea participanţilor cu risc crescut care încă nu au dezvoltat tulburarea.

Rezultatele acestei analize relevă complexitatea constructului de vulnerabilitate cognitivă, punctele slabe şi punctele tari ale instrumentelor de autoevaluare a vulnerabilităţii cognitive utilizate în literatură, precum şi progresul realizat în ultimii ani în literatura privind vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie. De asemenea, lucrarea de faţă identifică lacunele din literatură şi direcţii promiţătoare de cercetare.

6. BIBLIOGRAFIE

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype o depression. *Psychological Review, 96,* 358-372

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D. & Neeren, A. M. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25(7)*

Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13,* 227-262

Althshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. M., Kahn, D. A., Carpenter, D. & Docherty, J.P. (2001) *The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women.* Ed. The McGraw-Hill Companies

Andrews-Fike, C. (1999) A review of postpartum depression. Primary Care Companion *Jounal of Clinical Psychiatry, 1*

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1,* 5-37

Beck, C. T. (2002) Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research, 12(4)*

Bieling, P. J. & Grant. D. A. (2007) Toward bridging the science and practice of depression prevention: what can we learn from cognitive vulnerability?. *Canadian Psychology, 48(4)*

Burke, L. (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry, 15(3)*

Cooper, P.J. & Murray, L. (1997) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood,77*

Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L. & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Jounal of Affective Disorders, 87*

Church, N. F., Dunstan, D. A., Hine, D. W. & Marks, D. G. (2009). Differentiating Subtypes of Postnatal Depression Based on a Cluster Analysis of Maternal Depressive Cognitions. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 24(2)*

Cutrona, C. E. (1983). Causal atributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 161-172

DSM-IV-TR 2000. Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale.(2003), Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România

Forman, D. R., O'Hara, M. W. Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K.C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother–child relationship. *Development and Psychopathology, 19*

Freeman, A. (ed.) (2005) *Encyclopedia of cognitive behavior therapy.* Ed. Springer Science

Frewen, P. A. & Dezois, D. J. A. (2006) Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20(2)*

Gale, S. & Harlow, B. L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 24(4)*

Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100(2)*

Grace, S. L., Evindar, A. & and Stewart, D. E. (2003) The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health , 6*

Grazioli, R. & Terry, D. J. (2000) The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive syptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology, 39*

Hendrick, V, Alshunter, L. L. & Suri, R. (1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postoartum Depression. *Psychosomatics, 39(2)*

Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z. & Adams, P. (2007) Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26(1)*

Henshaw, C., Foreman, D. & Cox, J. (2004) Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 25(3/4)*

Hobfoll, S.E., Ritter, C. & Lavin, J. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3,* 445-453

Hopkins, J., Markus, M. & Campbell, S. B. (1984). Postpartum depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 95,* 498-515

Jones, L., Scott, J., Cooper,C., Forty, L., Smith, C. G., Sham, P., Farmer, A., McGuffin, P., Craddock, N. & Jones, I. (2010) Cognitive style, personaliy and vulnerability to postnatal depression. *The Britidh Journal of Psychiatry, 196*

Kendell, R. E., Chalmers, J. C. & Platz, S. C. (1987) Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry, 150*

Macavei, B. (2006) Dysfunctional Attitudes Scale, form A: norms for the romanian population. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 6(2)*

Meredith, P. & Noller, P. (2003) Attachment and Infant Difficultness in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues, 24*

Miranda, J. & Gross, J. (1997) Cognitive vulnerability, depression, and the mood-state depending hypothesis: is out of sight out of mind?. *Cognition and Emotion, 11(5/6)*

Moorhead, S. R. J., Owens, J., & Scott, J. (2003). Development and piloting of the Pregnancy Related Beliefs Questionnaire (PRBQ). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31*

Miranda, J., Gross, J., Persons, J. B. & Hahn, J. (1998) Mood matters: negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research, 22(4)*

Norman, P. D. & Antaki, C. (1988) Real Events Attributional Style Questionnaire. *Journal of Social and Clinical Psychology, 2/3*

O'Hara, M. V., Schlechte, J. A., Lewis. D. A. & Varner, M. V. (1991) Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *Journal of Abnormal Psychology, 100(1)*

O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8,* 37-54

O'Hara, M. V., Neunaber, D. & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93(2),* 158-171

O'Hara, M. V., Rehm, L. P. & Campbell, S. P. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive behavioural models of postprum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 91(6),* 457-461

Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. & Ross, M. J. (2006) Contributions of the cognitive style questionnaire and the disfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy Resources, 31(51)*

Phillips. J.. Sharpe. L.. Metthey. S. & Charles. M. (2010). Subtypes of postnatal depression? A comparison of women with recurrent and the novo postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 120*

Peterson, C. Semmel, A., von Bayer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Seligman, M. E. P. (1982). The Attributional Style Questionnaire. *Cognitive Research and Therapy, 6,* 287-300

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Seward, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpratum depression: a syntesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry, 26(4),* 289-295

Ryan, D., Milis, L. & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician, 51(8),* 1087-1093

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002) *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline*, www.sign.ac.uk

Segre, S. N., O'Hara, M. V., Arndt, S. & Stuart, S. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42*

Seyfried, L. S. & Marcus, S. M. (2003) Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry, 15(3)*

Shaw, B.F. (1982) Stress and depression: A cognitive perspective. In R. W. J. Neufeld (Ed.) *Psychological stress and psychopatology*, 125-146, McGraw Hill, New York

Stein, A., Dennis, H. G., Bucher, J., Bond, A., Day., A. & Cooper, P. J. (1991) The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158*

Swendsen, J. D. & Mazure, C. M. (2000) Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice. 7(1)*

Vallis, M. T., Howes, J. L. & Miller, P. C. (1991) *The challenge of cognitive therapy: aplications to nontraditional populations*, Ed. Springer

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). Attitudes toward motherhood in postnatal depression: development of the Maternal Attitudes Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 43(4)*

Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to Postpartum Depression: A Prospective Multivariate Study. *Journal of Abnormal Psychology, 97(4)*

Wisner, K. L., Parry, B. & Piontek, C. M. (2002) Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine, 347(3)*

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM: UN STUDIU EXPLORATOR

ANDA MADAR
Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației
anda.madar@yahoo.com

ABSTRACT: There has been considerable advancement in understanding psychological vulnerability factors associated with postpartum depression, especially on the basis of cognitive behavioural models, but research findings are still inconsistent. Therefore, the aim of the present study was to explore the predictive value of cognitive vulnerability for postpartum depression. Final data sets included in the study were collected from 34 primiparous women, using a two-wave longitudinal design. Besides supporting the predictive role of irrational beliefs in the onset of postpartum depression, data offered additional information on relations unexplored before, between different types of beliefs and postpartum depression and between specific content areas of irrational beliefs and postpartum depression. Further research is needed to investigate mediating and moderating factors involved in cognitive vulnerability's link to postpartum depression.
Key words: postpartum depression, cognitive vulnerability, dysfunctional attitudes and beliefs

1. INTRODUCERE

Tulburarea depresivă majoră se numără printre tulburările psihice cu cea mai mare prevalență, studiile raportând o gamă largă de valori pentru procentul de populație adultă cu această tulburare (10-25% pentru femei și 5-12% pentru bărbați. DSM-IV-TR). Simptomele depresiei se regăsesc frecvent la femei în perioada postpartum, variind pe un continuum de la o ușoară tristețe postnatală (baby blues) resimțită în cursul primelor 10 zile postpartum de până la 70% dintre noile mame, până la depresie postpartum (DSM-IV-TR).

Interesul clinic și de cercetare pentru depresia postpartum a cunoscut o creștere semnificativă în ultimul timp, pe măsură ce se raportează o prevalență din ce în ce mai crescută a manifestărilor depresive în perioada postnatală. Acest interes este menținut de datele solide care susțin asocierea dintre depresia postpartum și tulburări în dezvoltarea cognitivă și emoțională a copilului (Philipps & O' Hara, 1991; Burke, 2003), precum și afectarea relației de cuplu și a relațiilor interpersonale în general (Burke, 2003).

O serie de factori biologici, psihologici și sociali au fost analizați ca posibili predictori pentru depresia postpartum (O'Hara & Swain, 1996), însă multe dintre relațiile avansate nu au o fundamentare teoretică solidă. Deși rezultatele privind contribuția factorilor psihologici sunt inconsistente. ipoteza că factorii cognitivi ar putea avea un rol important în etiologia depresiei postpartum se fundamentează teoretic pe modelele cognitive ale depresiei.

Lucrarea de față își propune să investigheze factorii de vulnerabilitate pentru depresia postpartum, cu accent pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credințe irațională particularizate pe arii de conținut.

Întregul demers se bazează pe modelul etiopatogenetic general stres-vulnerabilitate. cuprinzând factori de vulnerabilitate cognitivă și socială. S-au avut în vedere studiile care indicau drept cei mai puternici predictori pentru depresie: un istoric personal de depresie, depresie postpartum, depresie pe parcursul sarcinii, respectiv suportul social scăzut și izolarea (review Gale & Harlow, 2003).

2. VULNERABILITATEA COGNITIVĂ PENTRU DEPRESIA POSTPARTUM

Vulnerabilitatea cognitivă cuprinde credințe defectuoase, biasări cognitive, patternuri atribuționale sau scheme care există înaintea apariției oricăror semne sau simptome ale unei tulburări. Aceste vulnerabilități par a fi specifice și par a ghida înspre dezvoltarea și menținerea unei tulburări și nu a alteia, când vin în contact cu evenimente stresante de viață (Riskind & Black in Freeman (ed.) et al., 2005).

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie poate fi definită ca tendința de a interpreta negativ și distorsionat informația în situații percepute ca fiind stresori, acest stil cognitiv fiind dobândit de-a lungul timpului, în urma experiențelor de viață.

O asumpție de bază a modelelor cognitive ale depresiei este că depresia este caracterizată de biasări negative sistematice în gândire: persoanele deprimate au convingeri negative despre ei-înșiși, lume și viitor (Beck) și/sau au învățat să-și explice ceea ce li se întâmplă într-o manieră negativă, atribuind evenimentele unor factori interni, stabili, universali (Alloy & Abramson in Freeman (ed.) et al., 2005).

Se observă în ultimul deceniu o creștere a interesului pentru vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie (Gotlib & Hammen, 2002, apud. Hankin et al., 2007; Alloy & Abramson, 1999; Cognitive Vulnerability to Depression Project). S-au impus două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (Beck, 1987) și teoria lipsei de speranță (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989), ambele fiind modele stres-vulnerabilitate, în care variabilitatea cu privire la susceptibilitatea persoanelor la depresie în urma unor evenimente de viață stresante este înțeleasă în termenii diferențelor între stilurile cognitive care afectează modul în care aceste evenimente sunt interpretate. Aceste modele cognitive pentru depresie pun accentul pe stilul inferențial negativ, pe credințele disfuncționale. pe

biasările în procesarea informaţiei şi pe strategiile dezadaptative de reglare emoţională, ca factori de vulnerabilitate pentru depresie la intersecţia cu evenimente de viaţă stresante.

Teoria lui Beck. Teoria cognitivă a lui Beck asupra depresiei se bazează pe trei constructe cognitive relaţionate pentru a explica etiologia depresiei: triada cognitivă, schemele depresogene şi atitudinile disfuncţionale. Triada cognitivă se referă la imaginea negativă despre sine, lume şi viitor. Schemele depresogene sunt descrise ca structuri cognitive stabile şi rezistente care se dezvoltă din experienţele de viaţă timpurii (Shaw, 1982). Aceste scheme cuprind atitudini disfuncţionale perfecţioniste, rigide şi deseori nerealiste, standarde prin care persoane se autoevaluează (Beck, 1987). În cadrul modelului propus de Beck pentru depresie, schemele negative, rigide şi extreme despre sine, organizate în jurul temelor de pierdere, lipsă de valoare, inadecvare, eşec sau incapacitate sunt vulnerabilităţi pentru debutul şi intensificarea depresiei. Acestor scheme negative despre propria persoană le corespund atitudini disfuncţionale despre propria persoană de genul credinţei că fericirea sau valoarea personală depind de aprobarea celorlalţi sau de a fi perfect. Se pare că aceste scheme personale de tip depresiv influenţează percepţia, interpretarea şi reamintirea experienţelor personale, conducând astfel la formarea unei imagini despre sine, lume şi viitor (lipsă de speranţă) biasate negativ. Când sunt activate de către evenimentele din mediu, schemele de tip depresiv conduc la debutul şi intensificarea simptomatologiei depresiei prin encodarea şi refacerea informaţiei referitoare la sine.

Într-o elaborare ulterioară a teoriei originale, Beck, Epstein, Harrison & Emery (1983, apud. Grazioli & Terry, 2000) au identificat două tipuri de personalitate sau scheme supraordonate care crează vulnerabilităţi specifice pentru diferite tipuri de stresori: sociotropie şi autonomie. Conform acestei teorii a congruenţei, indivizii sociotropici şi autonomi pot trăi diferit evenimentele de viaţă, fiind centraţi în principal pe tema socială, respectiv pe cea de reuşită (Frewen & Dezois, 2006). Sociotropia se referă la măsura în care un individ este preocupat de felul în care este perceput de către ceilalţi, este dependent de alţii pentru suport psihologic şi stare de bine, este motivat să obţină acceptarea şi aprobarea celorlalţi. Autonomia se referă la măsura în care un individ este motivat de un set de criterii personale (standarde înalte) pentru măsurarea nivelului reuşitei şi este intolerant la frustrare sau la interferenţa în urmărirea acestor obiective. Teoria congruenţei susţine că indivizii sociotropici au un risc mai crescut pentru a dezvolta depresie comparativ cu indivizii nonsociotropici în urma trăirii unor evenimente sociale negative precum respingere sau pierdere, iar indivizii autonomi sunt mai vulnerabili pentru depresie decât indivizii nonautonomi în urma experienţei unui eşec. La nivel subclinic, se pare că, la confruntarea cu un eveniment perceput ca fiind negativ care violează condiţionările referitoare la valoarea propriei persoane, atât indivizii sociotropici, cât şi cei autonomi răspund cu disforie (Frewen & Dezois, 2006).

Teoria lipsei de speranţă (Abramson, Metalsky & Alloy). Teoria lipsei de speranţă este un alt model stres-vulnerabilitate cognitivă care explică de ce unele persoane dezvoltă depresie în situaţii de viaţă negative, iar altele nu. Aici însă, vulnerabilitatea cognitivă se referă la un stil cognitiv negativ reflectat în: tendinţa de a face inferenţe negative despre cauzele evenimentelor negative (atribuiri stabile şi globale), tendinţa de a face inferenţe negative despre consecinţele evenimentelor negative şi tendinţa de a infera caracteristici negative despre sine ca urmare a confruntării cu evenimente negative. Conform acestei teorii, sunt vulnerabile la depresie când trec prin evenimente negative persoanele care au un stil inferenţial negativ, caracterizat de tendinţa de a atribui evenimentele negative de viaţă unor cauze stabile (persistente, continue de-a lungul timpului) şi globale (larg răspândite), dar şi de tendinţa de a catastrofa despre consecinţele evenimentelor negative şi de a infera că întâmplarea acelui eveniment negativ înseamnă că au greşit sau că sunt lipsite de valoare (Abramson et al., 1989). Acest stil atribuţional dezvoltă în timp neajutorare, cauză proximală a episoadelor depresive, în special a subtipului caracterizat de neajutorare.

Modelul iniţial al neajutorării învăţate, dezvoltat de Seligman (1975) pornind de la modele animale, sugera că depresia apare când un organism nu reuşeşte în încercările sale de a controla mediul. Limitele acestui model în explicarea depresiei la oameni au condus la reformularea modelului de către Abramson et al. (1978): stilurile atribuţionale ca modalităţi învăţate de explicare a cauzelor unui eveniment constituie vulnerabiltate pentru depresie. Mai specific, debutul unui episod depresiv este precedat de apariţia unui eveniment negativ care produce răspunsuri atribuţionale depresogene sau autodevalorizante – adică tendinţa de a atribui cauzele evenimentului unor factori interni, stabili şi globali. Modelul propune aşadar o interacţiune stres-vulnerabilitate: stilul atribuţional este o tendinţă relativ stabilă care în condiţii de stres predispune individul pentru a dezvolta depresie.

Teoriile vulnerabilităţii cognitive şi depresia postpartum. Teoriile vulnerabilităţii cognitive pentru depresia postpartum sunt susţinute parţial de studiile care iau în considerare stilul atribuţional sau credinţele iraţionale în cadrul modelului stres-bulnerabilitate testat şi sunt susţinute indirect prin rezultatele studiilor privind eficienţa unor intervenţii care au la bază o conceptualizare cognitivă. Datele însă sunt puţine şi inconsistente.

În ceea ce priveşte teoria lipsei de speranţă, majoritatea studiilor s-au focalizat pe analiza principalelor efecte ale stilului atribuţional evaluat prepartum asupra simptomatologiei postpartum, după controlul simptomelor depresive prepartum. Rezultatele studiilor nu au fost însă concludente: Cutrona (1983) şi O'Hara et al. (1982) au găsit stilul atribuţional ca predictor semnificativ pentru simptomatologia depresiei opstpartum. însă multe alte studii nu au găsit rezultate semnificative (Manley et al., 1982; O'Hara et al. 1984, Whiffen, 1988). Mai recent, Grazioli & Terry (2000) au testat modelul stres-vulnerabilitate pentru teoria lipsei de speranţă în predicţia simptomatologiei depresive

postpartum şi nu au găsit susţinere empirică pentru model. Autorii au găsit însă susţinere pentru modelul stres-vulnerabilitate bazat pe teoria lui Beck, deşi Gotlib et al. (1991) nu identificaseră un efect semnificativ al atitudinilor disfuncţionale asupra depresiei postpartum. Rezultatele diferite se pot datora faptului că Grazioli & Terry (2000) au luat în considerare modelul elaborat după teoria lui Beck, cu schemele supraordonate de autonomie şi sociotropie. Astfel, se pare că nivelul crescut de atitudini disfuncţionale privind evaluarea performanţei se relaţionează cu simptomatologia depresivă postpartum, iar nevoia de aprobare la intersecţie cu un temperament „dificil" al copilului prezice simptome depresive postpartum.

Vulnerabilitatea cognitivă pentru depresie postpartum este susţinută indirect de linia de studii care indică faptul că există o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie, iar depresia postpartum nu este altceva decât un episod depresiv cu debut postpartum, dar cu unele particularităţi de conţinut. Aşadar, dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum şi în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariţia şi dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariţia unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabiltatea există şi este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuşi evaluată şi va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată şi în simptomatologia depresivă prepartum.

Suportul social. În ceea ce priveşte studiile care investighează factorii de risc pentru depresia postpartum, există o linie de cercetare care focalizată pe schimbările de viaţă stresante asociate cu sarcina, naşterea şi rolul de mamă. Dintre factorii psihosociali. cei mai puternici predictori pentru depresia postpartum se pare că sunt suportul social scăzut, nivelul crescut al stresorilor raportaţi pe parcursul sarcinii, izolarea socială (Gale & Harlow, 2003).

În general, se pare că persoanele care simt că beneficiază de suport din partea prietenilor şi a familiei au niveluri mai reduse de depresie şi anxietate (Pierce, Sarason & Sarason, 1996, apud. Ross, Lutz & Lakely, 1999). Suportul social este conceptualizat ca percepţia subiectivă a persoanei asupra suportului de care poate beneficia, care nu este cu necesitate o reflecţie a unor comportamente efective. Se pare că această percepţie asupra suportului este relativ stabilă de-a lungul timpului şi că este relaţionată cu constructe cognitive precum stilul atribuţional şi credinţele dezadaptative (Lakey & Cassady, 1990, apud. Ross, Lutz & Lakely, 1999). De asemenea, se asociază cu diferenţe în procesarea informaţiilor sociale: persoanle cu un crescut suport social perceput interpretează aceleaşi comportamente ca fiind mai suportive decât persoanele cu un scăzut suport social perceput, dar au şi o memorie mai bună a comportamentelor de suport relevante (Lakey&Drew. 1997. apud. Ross. Lutz & Lakely, 1999).

Suportul social a fost studiat şi în relaţie cu depresia postpartum. Beck (2002) concluzionează în urma unei metasinteze că suportul social deficitar este un factor de risc semnificativ pentru depresia postpartum. Se pare că doar cantitatea suportului social nu este suficientă pentru mame în perioada postpartum (Gottlieb & Mendelson, 1995, apud. Scrandis, 2005). Faptul că mamele în perioada postpartum au nevoie şi de ajutor profesional este susţinut de studiile de intervenţie. În ceea ce priveşte depresia postpartum, suportul social crescut nu reduce simptomatologia, dar se recomandă implicarea reţelei de suport în terapie (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline, 2002). În plus, se pare că suportul profesional postnatal are rol protectiv în primele 6 săptămâni postpartum, dar rezultatele nu sunt semnificative pentru suportul oferit de non-profesionişti în prevenţia depresiei postpartum (review Dennis, 2008).

Lucrarea de faţă îşi propune investigarea vulnerabilităţii pentru depresia postpartum pe baza modelului stres vulnerabilitate, cu accent pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credinţe iraţionale particularizate pe arii de conţinut. Ipoteza generală a demersului de cercetare este că factorii de vulnerabilitate cognitivă (credinţele iraţionale) determină manifestări caracteristice depresiei postpartum.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

PARTICIPANŢI. Au fost distribuite iniţial un număr de 168 de chestionare, însă au fost incluse în analiză doar datele complete (prepartum şi postpartum) obţinute de la 34 de femei care au participat atât la etapa 1 (ultimul trimestru de sarcină), cât şi la etapa 2 (şase săptămâni postpartum). Vârsta medie a participantelor a fost de 25.47 ani, cu un minim de 19 ani şi un maxim de 38 de ani. Dintre acestea, 6.9% au născut prin cezariană, 2.8% au născut prematur şi toate erau la prima naştere.

INSTRUMENTE UTILIZATE. S-au folosit instrumente consacrate în literatura de specialitate pentru evaluarea depresiei postpartum (EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovskzy, 1987), a credinţelor iraţionale (ABS 2 Attitudes and Belief Scale 2; DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (2007). Scala de atitudini şi convingeri 2, adaptat de Macavei, B.) şi a suportului social (MOS Social Support Survey; Sherbourne & Stewart, 1991).

Simptomatologie depresivă. Scala Edinburgh pentru depresie postnatală (EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovskzy, 1987) a fost folosită ca instrument de evaluare continuă a simptomelor de depresie. EPDS este un chestionar de autoevaluare cu 10 itemi care reflectă simptome de depresie. Participanţii răspund la fiecare item pe o scală Likert de 4 puncte, de la 0 (nu, deloc) la 3 (da, deseori), pe baza modului în care s-au simţit în ultima săptămână. S-a preferat utilizarea EPDS în defavoarea BDI (Beck Depression Inventory: Beck. Ward. Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) pentru că este un instrument conceput specific pentru identificarea depresiei postpartum, evitând evaluarea unor simptome fiziologice ca tulburări de somn, pierdere în greutate,

care pot apărea normal pe parcursul perioadei postnatale. În plus, studiile comparând cele două instrumente au subliniat că EPDS este un instrument mai sensibil decât BDI în detectarea depresiei postpartum (Cox et al. 1987, Murray & Carothers, 1990). Autorii scalei indică scorul 13 ca fiind scorul critic optim pentru identificarea cazurilor probabile cel puţin de depresie uşoară. La acest scor critic sunt raportate sensibilitatea cea mai ridicată (86% adevăraţi pozitivi - cazuri veritabile de depresie) şi specificitatea cea mai ridicată (78% adevăraţi negativi - cazuri veritabile fără depresie). Adaptarea chestionarului a urmat paşii descrişi în literatură.

Credinţe iraţionale. Pentru evaluarea credinţelor iraţionale s-a utilizat ABS 2 (Attitudes and Belief Scale 2; DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T., & Robin, M. (2007). Scala de atitudini şi convingeri 2, adaptată de Macavei, B.). ABS 2 fost concepută de către DiGiuseppe, Leaf, Exner şi Robin în 1988 şi adaptată de Macavei, B. (2007). ABS 2 măsoară convingerile iraţionale: pretenţiile absolutiste, catastrofarea, toleranţa scăzută la frustrare, evaluarea globală negativă, preferinţele, evaluarea nuanţată a caracterului aversiv al unui eveniment, toleranţa la frustrare, acceptarea necondiţionată a propriei persoane şi evaluarea comportamentelor specifice. Deşi în literatură se utilizează DAS (Disfunctional Attitudes Scale) pentru evaluarea nivelului credinţelor disfuncţionale ca factor de vulnerabilitate pentru depresie, s-a preferat utilizarea ABS 2 că permite calcularea unor scoruri separate pe diferite tipuri de credinţe iraţionale şi arii de conţinut, adiţional estimării unor valori globale de raţionalitate / iraţionalitate. Scala cuprinde 72 de itemi (de la 5-76) dispuşi într-o matrice (4x3x2) alcătuită din trei factori: procese cognitive, arii de conţinut şi mod de frazare. Fiecare item este structurat în funcţie de cei trei factori. Posibilităţile de răspuns ale subiecţilor sunt: Puternic împotrivă, Parţial împotrivă, Neutru, Parţial de acord, Puternic de acord.

Fidelitatea variantei în limba română a scalei are valori comparabile cu cele obţinute în investigaţia iniţială efectuată pe populaţie americană (Macavei, 2002): valorile Alfa Cronbach pentru scorurile globale şi scorurile pe scale fiind cuprinse între .40 şi .93. Aceste valori indică o foarte bună consistenţă internă, ceea ce exprimă faptul că itemii testului evaluează acelaşi construct – credinţele iraţionale.

Validitate. Scorurile la ABS2 corelează puternic cu rezultatele la forma scurtă a BDI, Scala de Atitudini Disfuncţionale - A, Chestionarul gândurilor automate, Chestionarul schemelor cognitive - forma lungă 2, Chestionarul de acceptare necondiţionată a propriei persoane (Macavei, 2002).

Suport social. Pentru evaluarea calităţii suportului social s-a utilizat MOS Social Support Survey (MOS SSS - Inventarul suportului social MOS) elaborat de Sherboune & Stewart (1991) în cadrul echipei care a realizat The RAND and Medical Outcomes Study. MOS SSS oferă o autoevaluare scurtă a disponibilităţii a patru categorii de suport social: Suport emoţional/informaţional, Suport tangibil, Suport afectiv, Interacţiuni sociale pozitive, Item adiţional. Deşi a fost conceput pentru populaţii cu boli cronice, poate fi folosit şi pentru populaţia generală. S-a considerat această scală mai relevantă decât scalele tradiţionale de suport social care cuprind aspecte structurale (ex. mărimea reţelei sociale, cât de bine se cunosc prietenii) întrucât se bazează pe aspecte funcţionale (percepţia suportului, măsura în care persoana crede că are parte de suport). În plus, MOS SSS este un instrument fundamentat teoretic, cu coeficienţi de fidelitate şi validitate mult mai buni decât ai altor scale de suport social.

Fidelitate. Consistenţa internă este foarte mare, atât pentru scala globală (α = .97), cât şi pe subscale (α = .91 - α = .96). Corelaţiile item-scală sunt peste .72, iar fidelitatea test-retest .78 (iar pe subscale .72-.76).

Adaptarea chestionarului a urmat paşii descrişi în literatură.

PROCEDURĂ. S-au distribuit iniţial un număr de 168 de chestionare femeilor aflate în ultimul trimestru de sarcină prin intermediul medicilor de familie şi al ginecologilor. Chestionarele au fost completate acasă şi returnate la următoarea întâlnire. Toate pacientele care au decis să participe la studiu au returnat chestionarele după această primă etapă. În această primă etapă toţi participanţii au completat Scala de atitudini şi convingeri, Scala suportului social şi Scala pentru evaluarea depresiei postpartum. Faza 2 a constat în completarea Scalei pentru evaluarea depresiei postparum la şase săptămâni după naştere. Dintre subiecţii care au oferit informaţii şi în prima etapă, doar 34 au oferit informaţii şi în etapa 2, toţi având scoruri la EPDS peste 13, deci cazuri probabile cel puţin de depresie uşoară.

4. REZULTATE

Analiză corelaţională

În urma prelucrărilor statistice, a rezultat matricea de corelaţii între evaluarea simptomatologiei depresive prepartum (EPDS1), postpartum (EPDS2) şi evaluarea generală credinţelor iraţionale (ABS), ilustrată în tabelul 1. Se observă că scorurile de EPDS prepartum coreleză puternic pozitiv cu scorurile la EPDS postpartum (r.671, p≤0.01). Acest rezultat este concordant cu modelul etiologic propus şi este susţinut şi de autorii scalei (Cox et al., 1987). De asemenea, se observă o corelaţie pozitivă puternică a ABS atât cu EPDS prepartum (r.509, p≤0.01), cât şi cu EPDS postpartum (r.614, p≤0.01), cu menţiunea că indicele de corelaţie este mai mare pentru ABS – EPDS postpartum, decât pentru ABS – EPDS prepartum. În populaţii nonclinice, corelaţiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) şi credinţe iraţionale sunt moderate (r.46, p≤0.05), conform Macavei (2002).

Tabel 1 Corelaţii credinţe iraţionale - depresie postpartum

	EPDS1	EPDS2	ABS
EPDS1	1.000		
EPDS2	.671**	1.000	
ABS	.509**	.614**	1.000

***semnificativ la p≤0.01*

S-a considerat utilă realizarea de corelaţii între tipurile de credinţe iraţionale (subscalele ABS: pretenţiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranţa scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD)) şi simptomatologia depresivă postpartum (EPDS2).

În urma prelucrărilor statistice, a rezultat matricea de corelaţii între evaluarea simptomatologiei depresive postpartum (EPDS2) şi evaluarea specifică a credinţelor iraţionale (ABS : pretenţiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranţa scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD)), ilustrată în tabelul 2. Se observă corelaţii pozitive moderate între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor de tip pretenţii absolutiste (r.489, p≤0.01), catastrofare (r.479, p≤0.01), toleranţă scăzută la frustrare (r.496, p≤0.01) şi corelaţii pozitive puternice între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor de tip evaluare globală negativă (r.567, p≤0.01). În populaţii nonclinice, corelaţiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) şi cele patru tipuri de credinţe iraţionale sunt moderate (DEM r.39, p≤0.05, SD r.43, p≤0.05, LFT r.47, p≤0.05, AWF r.43, p≤0.05), conform Macavei (2002).

Tabel 2 Corelaţii tipuri de credinţe - depresie postpartum

	EPDS2	DEM	LFT	AWF	SD
EPDS2	1.000				
DEM	.489**	1.000			
LFT	.496**	.763**	1.000		
AWF	.479**	.525**	.627**	1.000	
SD	.567**	.568**	.627**	.403*	1.000

**semnificativ la p≤0.05*
***semnificativ la p≤0.01*

Având în vedere elaborările ulterioare ale teoriilor cognitive asupra depresiei (vezi Beck, Epstein, Harrison & Emery, 1983, apud. Grazioli & Terry, 2000; Frewen & Dezois, 2006), am considerat utilă realizarea de corelaţii între ariile diferite de conţinut reflectate în itemii ABS (credinţe referitoare la aprobare, realizare şi confort). Se observă o corelaţie pozitivă puternică în special între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la confort (r.627, p≤0.01), dar şi între între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la realizare (r.501, p≤0.01). De asemenea, se observă o corelaţie pozitivă moderată între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la aprobare (r.411, p≤0.05).

Tabel 3 Corelaţii arii de conţinut – depresie postpartum

	CONFORT	REALIZARE	APROBARE
EPDS2	.627**	.501**	.411*

**semnificativ la p≤0.05*
***semnificativ la p≤0.01*

În plus, tot din perspectiva teoriei congruenţei. s-a considerat utilă realizarea corelaţiilor între ariile diferite de conţinut ale credinţelor iraţionale (aprobare, realizare şi confort) şi suportul social. Se observă o corelaţie negativă moderată între suportul social şi credinţele iraţionale cu un conţinut de aprobare (r-.455, p≤0.01) şi o corelaţie negativă puternică cu suportul emoţional/informaţional (r-.528, p≤0.01) şi cu itemul adiţional (r-.506, p≤0.01) *Cineva cu care să faci lucruri care să te ajute să uiţi de probleme.* În plus, credinţele iraţionale cu un conţinut de confort corelează negativ moderat cu suportul afectiv (r-.350, p≤0.05).

Tabel 4 Corelaţii arii de conţinut– tipuri de suport social

	Confort	Realizare	Aprobare
Suport social global	-.226	.004	-.455**
Suport emoţional/ informaţional	-.134	.021	-.528**
Suport tangibil	-.306	-.056	-.275
Suport afectiv	-.350*	-.066	-.335
Interacţiuni sociale pozitive	-.132	.037	-.159
Item adiţional	-.263	-.200	-.506**

**semnificativ la p≤0.05*
***semnificativ la p≤0.01*

Se observă că manifestarea simptomelor depresive postpartum corelează puternic negativ cu evaluarea globală a suportul social (r-.565, p≤0.01), respectiv negativ moderat cu suportul tangibil (r-.467, p≤0.01), suportul afectiv (r-.452, p≤0.01), interacţiunile sociale pozitive (r-.477, p≤0.01) şi negativ puternic cu suportul emoţional/informaţional (r-.506, p≤0.01), itemul adiţional (r-.585, p≤0.01) .

Tabel 5 Corelaţii suport social - depresie postpartum

	Suport social global	Suport emoţional/ informaţional	Suport tangibil
EPDS2	-.565**	-.506**	-.467**
	Suport afectiv	**Interacţiuni sociale pozitive**	**Item adiţional**
EPDS2	-.452**	-.477**	-.585**

**semnificativ la p≤0.05*
***semnificativ la p≤0.01*

Cele două variabile predictor nu corelează semnificativ.

Tabel 6 Corelaţii credinţe iraţionale - suport social

	ABS	Suport social
ABS	1.000	-.293
Suport social	-.293	1.000

Analiză de regresie

Pentru a evalua contribuţia fiecărei variabile indepenente (credinţe iraţionale şi suport social) în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relaţiilor descrise în ipoteze şi pentru testarea modelului prectiv propus am utilizat regresia multiplă.

Credinţele iraţionale sunt un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 38% din varianţa datelor (R^2.38). Astfel, simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel crescut de credinţe iraţionale.

Suportul social este de asemenea un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 32% din varianţa datelor (R^2.32). Astfel, simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel scăzut de suport social.

Tabel 7 Regresie depresie postpartum – credinţe iraţionale/suport social

Variabile	R^2	F	Sig.	β
ABS	.377	19.393	.000	.614
Suport social	.319	14.969	.001	-.565

Modelul predictiv incluzând credinţele iraţionale şi suportul social explică 54% din varianţa datelor pentru depresie postpartum (R^2.54).

Tabel 8 Regresie depresie postpartum – credinţe iraţionale + suport social

Model	R^2	F	Sig.	β
ABS	.539	18.129	.000	.491
Suport social				-.421

S-au realizat o serie de regresii multiple ierarhice. După cum se aştepta, nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% (R^2.45) din varianţa datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile.

Tabel 9 Regresie depresie postpartum – depresie perenatală/credinţe iraţionale/ suport social

EPDS2	R^2	F	Sig.	β
EPDS1	.450	26.164	.000	.671
EPDS1	.550	18.973	.000	.483/.368
ABS	.669	20.192	.000	.423/.292/-
EPDS1				.364
Suport social				

Adăugarea evaluărilor generale ale credinţelor iraţionale şi suportului social cresc puterea predictivă a ecuaţiei de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum. Introducerea în ecuaţia de regresie a credinţelor iraţionale şi a suportului social creşte puterea predictivă cu 22%, de la 45% la 67% (R^2.67), cu 10% prin introducerea credinţelor iraţionale şi 12% prin introducrea suportului social. Aşadar, chiar şi după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă şi suportul social au efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum).

5. CONCLUZII

Lucrarea de faţă şi-a propus să investigheze factorii de vulnerabilitate pentru depresia postpartum, punând accentul pe vulnerabilitatea cognitivă reprezentată de credinţe iraţionale, dar luând în considerare şi suportul social. Pornind de la premisa că depresia postpartum poate fi explicată pe baza modelului stres-vulnerabilitate, demersul s-a focalizat asupra credinţelor iraţionale ca factori de vulnerabilitate cognitivă şi asupra suportului social ca factor de vulnerabilitate socială. Scopul investigării factorilor de vulnerabilitate a fost de a orienta activitatea de intervenţie şi prevenţie a depresiei postpartum, întrucât în literatura de specialitate informaţiile sunt lacunare, iar multe dintre relaţiile avansate nu au o fundamentare teoretică solidă.

Aceşti factori actorilor de vulnerabilitate cognitivă şi socială au fost aleşi pe baza studiilor care indicau drept cei mai puternici predictori pentru depresie: un istoric personal de depresie, depresie postpartum, depresie pe parcursul sarcinii, respectiv suportul social scăzut şi izolarea (review Gale & Harlow, 2003).

În ceea ce priveşte factorii de vulnerabilitate cognitivă, s-au avut în vedere următoarele date din literatură:

1. *studii privind factorii de risc* (review Gale & Harlow, 2003);
2. *consensul experţilor în ceea ce priveşte tratamentul*: prima linie de tratament în depresia postpartum moderată este, conform consensului experţilor, medicaţia combinată cu tratament psihosocial (88%), aici fiind inclusă terapia cognitiv-comportamentală şi terapia interpersonală ca strategii iniţiale de intervenţie (Althshuler et al., The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women, 2001);
3. *studii clinice controlate CBT vs medicaţie pentru intervenţie în depresia postpartum*: atât medicaţia (fluoxetina), cât şi terapia cognitiv-comportamentală se pare că sunt tratamente eficiente pentru depresia postpartum non-psihotică; după o şedinţă iniţială de terapie cognitiv-comportamentală, continuarea terapiei sau introducerea medicaţiei aduc beneficii similare (Appleby et al., 1997)
4. *studii clinice CBT pentru prevenţia depresiei postpartum* (review Dennis, 2004)
5. *teoriile cognitive ale depresiei*: depresia postpartum nu este o entitate distinctă, ci este parte componentă a spectrului tulburării depresive majore, un episod depresiv major din tulburarea depresivă majoră, cu specificantul „cu debut postpartum". S-au impus două teorii cognitive ale depresiei: teoria lui Beck (Beck, 1987) şi teoria lipsei de speranţă (Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989), ambele fiind modele stres-vulnerabilitate, în care variabilitatea cu privire la susceptibilitatea persoanelor la depresie în urma unor evenimente de viaţă stresante este înţeleasă în termenii diferenţelor între stilurile cognitive care afectează modul în care aceste evenimente sunt interpretate. Aceste modele cognitive pentru depresie pun accentul pe stilul inferenţial negativ, pe credinţele disfuncţionale, pe biasările în procesarea informaţiei şi pe strategiile dezadaptative de reglare emoţională, ca factori de vulnerabilitate pentru depresie la intersecţia cu evenimente de viaţă stresante.

În ceea ce priveşte aplicarea acestor teorii la depresia postpartum, nu există date suficiente care să susţină vreunul dintre cele două modele de vulnerabilitate cognitivă. Astfel, pentru teoria lipsei de speranţă, majoritatea studiilor s-au focalizat pe analiza principalelor efecte ale stilului atribuţional evaluat prepartum asupra simptomatologiei postpartum, după controlul simptomelor depresive prepartum. Rezultatele studiilor nu au fost însă concludente: Cutrona (1983) şi O'Hara et al. (1982) au găsit stilul atribuţional ca

predictor semnificativ pentru simptomatologia depresiei postpartum, însă multe alte studii nu au găsit rezultate semnificative (Manley et al., 1982, apud. Grazioli & Terry, 2000; O'Hara et al. 1984, Whiffen, 1988). Mai recent, Grazioli & Terry (2000) au testat modelul stres-vulnerabilitate pentru teoria lipsei de speranţă în predicţia simptomatologiei depresive postpartum şi nu au găsit susţinere empirică pentru model. Autorii au găsit însă susţinere pentru modelul stres-vulnerabilitate bazat pe teoria lui Beck, deşi Gotlib et al. (1991) nu identificaseră un efect semnificativ al atitudinilor disfuncţionale asupra depresiei postpartum.

În ceea ce priveşte factorii de vulnerabilitate socială, s-au avut în vedere:

1. *studii privind factorii de risc* (review Gale & Harlow, 2003);
2. *practici recomandate*: suportul social poate reduce simptomele depresive postpartum, în cadrul intervenţiei în depresia postpartum se va avea în vedere implicarea a mai mult de un membru al familiei (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline, 2002)
3. *intervenţie suport social*: suportul profesional postnatal are rol protectiv în primele 6 săptămâni postpartum, dar rezultatele nu sunt semnificative pentru suportul oferit de non-profesionişti în prevenţia depresiei postpartum (review Dennis, 2008).

Aşadar, pornind de la datele din literatură privind factorii de vulnerabilitate pentru depresie postpartum, de la teoriile depresiei şi intervenţiile pentru care există rezultate semnificative, atât în prevenţie, cât şi în intervenţie, coroborate cu inferenţele făcute pornind de la aceste date, pe baza modelului stres-vulnerabilitate s-au formulat ipotezele de cercetare.

Pentru *credinţele iraţionale*, s-a avansat ipoteza că un nivel crescut general de credinţe iraţionale va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresive postpartum măsurate cu EPDS. S-au avut în vedere rezultatele studiilor anterioare (Grazioli & Terry, 2000; Appleby et al., 1997; Gale & Harlow, 2003). S-a pornit de la premisa că, existând un episod anterior de depresie, există şi o vulnerabilitate cognitivă pentru depresie care va fi activată de noul eveniment stresant (sarcina, naşterea, perioada postpartum). Deci dacă istoricul personal de depresie este cel mai puternic predictor pentru depresia postpartum şi în episodul depresiv trecut vulnerabilitatea cognitivă a participat la apariţia şi dezvoltarea lui, atunci această vulnerabilitate va favoriza apariţia unui nou episod depresiv, cu debut postpartum de această dată. Iar dacă vulnerabiltatea există şi este inactivă în perioada prenatală, ea va putea fi totuşi evaluată şi va prezice simptomatologia postnatală. În plus, această vulnerabilitate va fi implicată şi în simptomatologia depresivă prepartum.

Rezultatele au confirmat ipoteza avansată: există o corelaţie pozitivă puternică între ABS şi EPDS postpartum (r.614, p≤0.01). În populaţii nonclinice, corelaţiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) şi credinţe iraţionale sunt moderate (r.46, p≤0.05), conform Macavei (2002). Aşadar, cu cât nivelul credinţelor iraţionale este mai crescut, cu atât nivelul simptomatologiei postpartum va fi mai ridicat. Evaluând contribuţia credinţelor iraţionale în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relaţiilor descrise în ipoteze, am găsit că factorii de vulnerabilitate cognitivă (credinţele iraţionale) sunt un factor predictiv semnificativ statistic pentru depresia postpartum, explicând 38% din varianţa datelor (R^2.38). Astfel, se pare că simptomatologia de depresie postpartum poate fi explicată printr-un nivel crescut de credinţe iraţionale. Era de aşteptat ca acest nivel crescut de credinţe iraţionale să explice şi nivelul simptomatologiei prepartum. Astfel, deşi nivelul simptomatologiei prepartum nu a atins scorul critic pentru depresie, scorul EPDS ridicat poate fi totuşi explicat de nivelul crescut de credinţe iraţionale (R^2.26) care explică 26% din varianţa datelor. Aceasta explică parţial şi corelaţia dintre nivelurile depresiei măsurate prepartum şi postpartum (scorurile de EPDS prepartum corelează puternic pozitiv cu scorurile la EPDS postpartum (r.671, p≤0.01)), iar EPDS prepartum explică 45% din varianţa datelor postpartum. Această relaţie a fost găsită şi de Grazioly & Terry (2000), care nu au găsit un efect al credinţelor iraţionale după ce au controlat statistic simptomatologia iniţială. Replicând modelul de regresie ierarhică şi controlând statistic nivelul simptomatologiei iniţiale, s-a găsit că nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% (R^2.45) din varianţa datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile. Adăugarea evaluărilor generale ale credinţelor iraţionale creşte puterea predictivă a ecuaţiei de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum. Introducerea în ecuaţia de regresie a credinţelor iraţionale creşte puterea predictivă a modelului cu 10%. Aşadar, chiar şi după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă are efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum). Explicăm diferenţa faţă de studiul prezentat anterior prin faptul că autorii nu au pus în evidenţă relaţia dintre credinţele iraţionale şi simptomatologia depresivă prepartum, iar studiul de faţă a indicat că nivelul credinţelor iraţionale explică 26% (R^2.26) din varianţa datelor pentru simptomatologia depresivă.

S-a considerat utilă analiza relaţiei dintre tipurile de credinţe iraţionale (subscalele ABS: pretenţiile absolutiste (DEM); catastrofarea (AWF); toleranţa scăzută la frustrare (LFT); evaluarea globală negativă (GE/SD) şi simptomatologia depresivă postpartum. Se aştepta ca, la fel ca pentru depresie, niveluri crescute de pretenţii absolutiste şi evaluare globală negativă să determine niveluri crescute ale simptomatologiei postpartum. Într-adevăr, dintre toate credinţele, evaluarea globală negativă corelează cel mai bine cu simptomatologia depresivă postpartum (corelaţii pozitive puternice între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor de tip evaluare globală negativă (r.567, p≤0.01), comparativ cu corelaţiile pozitive moderate între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor de tip pretenţii absolutiste (r.489. p≤0.01),

catastrofare (r.479, p≤0.01), toleranţă scăzută la frustrare (r.496, p≤0.01)). În populaţii nonclinice, corelaţiile între simptomatologia de tip depresiv (BDI Beck Depression Inventory) şi cele patru tipuri de credinţe iraţionale sunt moderate (DEM r.39, p≤0.05, SD r.43, p≤0.05, LFT r.47, p≤0.05, AWF r.43, p≤0.05), conform Macavei (2007). Explicăm aceste rezultate prin faptul că, din punct de vedere al conţinutului, episodul depresiv postparum se particularizează faţă de episoadele nerelaţionate perioadei puerperale prin sentimente de vină şi inadecvare cu privire la rolul de mamă. În plus, unul dintre itemii scalei cu care am evaluat manifestările depresive postpartum (EPDS item 3: *Când lucrurile au mers prost, am pus vina asupra mea, deşi nu era cazul*) vizează tocmai învinovăţirea.

Având în vedere elaborările ulterioare ale teoriilor cognitive asupra depresiei (Frewen & Dezois, 2006), s-a considerat utilă realizarea de corelaţii între ariile diferite de conţinut reflectate în itemii ABS (credinţe referitoare la aprobare, realizare şi confort). Grazioli & Terry (2000) au găsit că preocuparea pentru evaluarea performanţei are efect asupra simptomatologiei de depresie postpartum, rezultat congruent cu teoriile cognitive asupra depresiei. S-a avansat aşadar ipoteza că un nivel crescut al credinţelor iraţionale referitoare la realizare va determina un nivel crescut al manifestărilor depresiei postpartum.

Se observă o corelaţie pozitivă puternică în special între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la confort (r.627, p≤0.01), dar şi între între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la realizare (r.501, p≤0.01). De asemenea, se observă o corelaţie pozitivă moderată între manifestarea simptomelor depresive postpartum şi nivelul credinţelor iraţionale referitoare la aprobare (r.411, p≤0.05). Datele confirmă aşadar relaţia găsită de Grazioli & Terry (2000) între simptomatologia depresivă postpartum şi credinţele referitoare la realizare. În plus, s-au identificat relaţii şi cu credinţele referitoare la aprobare, dar mai ales cu cele referitoare la confort. Aceste rezultate nu sunt deloc surprinzătoare dacă avem în vedere faptul că în perioada postpartum avută în vedere în studiu (primele şase săptămâni) se manifestă încă efectele modificărilor fiziologice datorate sarcinii şi naşterii, la care se pot adauga stări emoţionale de tristeţe postnatală (baby blues la 80% dintre mame).

Aşadar, în ceea ce priveşte relaţia dintre credinţele iraţionale şi depresia postpartum au fost confirmate ipotezele avansate : un nivel crescut general de credinţe iraţionale va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresive postpartum măsurate cu EPDS, niveluri crescute de pretenţii absolutiste şi evaluare globală negativă vor determina niveluri crescute ale simptomatologiei postpartum, un nivel crescut al credinţelor iraţionale referitoare la realizare să determine un nivel crescut al manifestărilor depresiei postpartum. În plus. s-a evidenţiat şi contribuţia celorlalte tipuri de credinţe iraţionale în explicarea simptomatologiei depresiei postpartum, dar şi a celorlalte arii de conţinut, în special credinţele referitoare la confort care explică în aceeaşi măsură ca şi evaluarea globală a credinţelor iraţionale depresia postpartum.

Pentru *suportul social*, s-a avansat ipoteza că un nivel scăzut al suportului social va determina un nivel crescut al simptomatologiei depresiei postpartum. După cum se aştepta, rezultatele confirmă ipoteza, întrucât regăsim că un nivel scăzut al suportului social determină manifestări depresive postpartum, iar acest nivel crescut al suportului social explică 32% din varianţa rezultatelor la evaluarea depresiei postpartum (R^2.32). Suportul emoţional/informaţional explică 26% din varianţa manfestărilor depresiei postpartum. Acest rezultat este concordant cu studiile anterioare care avansau relaţia dintre depresia postpartum şi nevoia de suport informaţional.

În plus, tot din perspectiva teoriei congruenţei s-a considerat utilă realizarea corelaţiilor între ariile diferite de conţinut ale credinţelor iraţionale (aprobare, realizare şi confort) şi suportul social. Se observă o corelaţie negativă moderată între suportul social şi credinţele iraţionale cu un conţinut de aprobare (r-.455, p≤0.01) şi o corelaţie negativă puternică cu suportul emoţional/ informaţional (r-.528, p≤0.01) şi cu itemul adiţional (r-.506, p≤0.01) *Cineva cu care să faci lucruri care să te ajute să nu te mai gândeşti la probleme*. În plus, credinţele iraţionale cu un conţinut de confort corelează negativ moderat cu suportul afectiv (r-.350, p≤0.05).

Pentru a evalua contribuţia fiecărei variabile indepenente (credinţe iraţionale şi suport social) în explicarea simptomatologiei depresiei pe baza relaţiilor descrise în ipoteze şi pentru testarea modelului prectiv propus am utilizat regresia multiplă ierarhică. Astfel, modelul predictiv incluzând credinţele iraţionale şi suportul social explică 54% din varianţa datelor pentru depresie postpartum (R^2.54). După cum se aştepta, nivelurile de simptomatologie depresivă sunt consistente de-a lungul timpului, evaluarea simptomatologiei depresive prepartum explică 45% (R^2.45) din varianţa datelor la măsurarea postpartum a acestei variabile. Adăugarea evaluărilor generale ale credinţelor iraţionale şi suportului social cresc puterea predictivă a ecuaţiei de regresie dincolo de cea explicată deja de nivelul simptomatologiei prepartum: introducerea în ecuaţia de regresie a credinţelor iraţionale şi a suportului social creşte puterea predictivă cu 22%, de la 45% la 67% (R^2.67), cu 10% prin introducerea credinţelor iraţionale şi 12% prin introducrea suportului social. Aşadar, chiar şi după controlul simptomatologiei de la nivelul 1 (prepartum) variabila cognitivă şi suportul social au efecte semnificative asupra simptomatologiei de la nivelul 2 (postpartum).

Variabilitatea crescută a datelor din literatură despre vulnerabilitatea psihologică se datorează în mare parte diferenţelor de operaţionalizare şi măsurare. Astfel, sunt studii care raportează că vulnerabilitatea cognitivă nu se relaţionează semnificativ cu depresia postpartum fără a preciza dacă vulnerabilitatea cognitivă se referă la stilul atribuţional sau la credinţele iraţionale. În plus, o relaţie avansată în puţinele studii asupra vulnerabilităţii cognitive pentru depresia postpartum este că depresia postpartum poate fi explicată de

credinţele iraţionale, dar acestea nu aduc un plus semnificativ predicţiei realizate pe baza evaluării nivelului simptomatologiei prepartum. Studiul de faţă aduce dovezi că credinţele iraţionale sunt implicate şi în explicarea nivelului simptomatologiei prepartum, chiar dacă această simptomatologie este nonclinică. Rezultatele studiului de faţă susţin ipoteza unei vulnerabilităţi cognitive reprezentate de credinţele iraţionale latente, care încep să se activeze treptat în perioada prenatală, ajungând să genereze depresie postnatală la intersecţia cu evenimente de viaţă considerate stresante de către persoană.

Pe lângă dovada în plus pentru relaţia vulnerabilitate cognitivă-depresie postpartum, studiul de faţă aduce date noi despre relaţiile dintre tipurile de credinţe iraţionale şi depresia postpartum, respectiv despre ariile de conţinut ale credinţelor iraţionale şi depresia postpartum.

În plus faţă de studiile anterioare s-a arătat că şi nivelul simptomatologiei prepartum poate fi explicat pe baza credinţelor iraţionale. Aceasta este în concordanţă cu modelul etiopatogenetic propus: există o vulnerabilitate cognitivă latentă care se activează treptat pe parcursul perioadei pre şi postnatale, această perioadă fiind asociată cu surse de stres caracteristice care pot contribui la apariţia depresiei. Atât sarcina, cât şi rolul de mamă implică schimbări în domenii importante ale vieţii, evaluări ale competenţei personale, expunerea la stresori relaţionaţi cu îngrijirea copilului, nevoia de a echilibra timpul acordat copilului cu timpul acordat relaţiilor prerexistente.

Una dintre limitele majore ale cercetării este faptul că subiecţii care au furnizat date şi în etapa doi au avut scoruri EPDS peste 13, deci cazuri probabile cel puţin de depresie uşoară. În plus, simptomatologia depresivă a fost evaluată doar cu EPDS, fără a fi dublată de un diagnostic clinic. O altă limită a studiului este că scalele utilizate pentru evaluarea credinţelor iraţionale şi a suportului social nu au fost adaptate ca şi conţinut perioadei postpartum. Prin construirea de itemi care să evalueze credinţele iraţionale specifice perioadei postpartum şi itemi care să particularizeze tipurile de suport cu relevanţă pentru perioada postnatală puterea predictivă a modelului ar creşte. În plus, nu s-a realizat o evaluare a nivelului perceput a stresului. S-a presupus că dacă apare simptomatologia de depresie postpartum există şi un stresor perceput, întrucât depresia postpartum nu poate fi explicată exclusiv pe baza factorilor biologici, iar în 80% dintre cazurile de depresie din populaţia generală există un stresor care precede simptomatologia.

Întrucât studiul de faţă a avut mai degrabă un caracter explorativ, considerăm necesară extinderea şi validarea modelului propus. În plus, considerăm utilă construirea de itemi specifici perioadei pre şi postnatale pentru evaluarea factorilor de vulnerabilitate şi testarea unor relaţii de interacţiune între variabile.

6. BIBLIOGRAFIE

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype o depression. *Psychological Review, 96,* 358-372

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D. & Neeren, A. M. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25(7)*

Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1999). The Temple-Wisconsin Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Conceptual background, design and methods. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13,* 227-262

Althshuler, L. L., Cohen, L. S., Moline, M. M., Kahn, D. A., Carpenter, D. & Docherty, J.P. (2001) *The Expert Consensus Guideline Series, Treatment of Depression in Women.* Ed. The McGraw-Hill Companies

Andrews-Fike, C. (1999) A review of postpartum depression. Primary Care Companion *Jounal of Clinical Psychiatry, 1*

Appleby, L., Warner, R., Whitton, A. & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counseling in the treatment of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry, 314,* 932-936

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1,* 5-37

Beck, C. T. (2002) Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research, 12(4)*

Bieling, P. J. & Grant, D. A. (2007) Toward bridging the science and practice of depression prevention: what can we learn from cognitive vulnerability?. *Canadian Psychology, 48(4)*

Burke, L. (2003) The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry, 15(3)*

Cooper, P.J. & Murray, L. (1997) Prediction, detection, and treatment of postnatal depression. *Archives of Disease in Childhood,77*

Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987) Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry, 150*

Cutrona, C. E. (1983). Causal atributions and perinatal depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 161-172

DiGiusepe, R., Leaf, R., Exner, T. & Robin, M. (2007). Scala de atitudini şi convingeri 2 (adaptat de Macavei, B.). În D. David (coordonator), *Sistem de evaluare clinică.* Editura RTS, Cluj-Napoca

Dennis, C. L. & Kingston, D. (2008). A systematic review of telephone support for women during pregnancy and the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37,* 301-314

Dennis, C.L. & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Database for Systematic Reviews, 4:* CD0001134

DSM-IV-TR 2000. Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale.(2003). Ed. Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România

Forman, D. R., O'Hara, M. W. Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E. & Coy, K.C. (2007) Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to

improve the developing mother–child relationship. *Development and Psychopathology, 19*

Freeman, A. (ed.) (2005) *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Ed. Springer Science

Frewen, P. A. & Dezois, D. J. A. (2006) Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20(2)*

Gale, S. & Harlow, B. L. (2003) Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 24(4)*

Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Wallace, P. M. & Mount, J. H. (1991) Prospective investigation of postpartum depression: factors involved in onset and recovery. *Journal of Abnormal Psychology, 100(2)*

Grace, S. L., Evindar, A. & and Stewart, D. E. (2003) The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health , 6*

Grazioli, R. & Terry, D. J. (2000) The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive syptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology, 39*

Hankin, B. L., Lakdawalla, Z., Carter, I. L., Abela, J. R. Z. & Adams, P. (2007) Are neuroticism, cognitive vulnerabilities and self-esteem overlapping or distinct risks for depression? Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26(1)*

Henshaw, C., Foreman, D. & Cox, J. (2004) Postnatal blues: A risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 25(3/4)*

Kendell, R. E., Chalmers, J. C. & Platz, S. C. (1987) Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry, 150*

Macavei, B. (2002) Scala de atitudini şi convingeri II (ABS II) – date preliminare pentru populaţia de limbă română. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 2(2)*

Meredith, P. & Noller, P. (2003) Attachment and Infant Difficultness in Postnatal Depression. *Journal of Family Issues, 24*

Miranda, J. & Gross, J. (1997) Cognitive vulnerability, depression, and the mood-state depending hypothesis: is out of sight out of mind?. *Cognition and Emotion, 11(5/6)*

Miranda, J., Gross, J., Persons, J. B. & Hahn, J. (1998) Mood matters: negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research, 22(4)*

Manley, P. C., McMahon, R. J. Bradley, C.F. & Davidson, P. O. (1982). Depressive attributional style and depression following childbirth. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 245-254

O'Hara, M. V., Neunaber, D. & Zekoski, E. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology, 93(2),* 158-171

O'Hara, M. V., Schlechte, J. A., Lewis. D. A. & Varner, M. V. (1991) Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, Environmental, and Hormonal Variables. *Journal of Abnormal Psychology, 100(1)*

O'Hara, M. V., Rehm, L. P. & Campbell, S. P. (1982). Predicting depressive symptomatology: Cognitive behavioural models of postprum depression. *Journal of Abnormal Psychology, 91(6),* 457-461

O'Hara, M. W. & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8,* 37-54

Oliver, J. M., Murphy, S. L., Ferland, D. R. & Ross, M. J. (2006) Contributions of the cognitive style questionnaire and the disfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research, 31(51)*

Ross, L. T., Lutz, C. J. & and Brian Lakey, B. (1999). Perceived Social Support and Attributions for Failed Support. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25,* 896

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002) *Postnatal Depression and Puerperal Psychosis, A National Clinical Guideline*, www.sign.ac.uk

Scrandis, D. A. (2005). Normalizing Postpartum Depressive Symptoms With Social Support. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 11,* 223

Segre, S. N., O'Hara, M. V., Arndt, S. & Stuart, S. (2007) The prevalence of postpartum depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42*

Seyfried, L. S. & Marcus, S. M. (2003) Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry, 15(3)*

Shaw, B.F. (1982) Stress and depression: A cognitive perspective. In R. W. J. Neufeld (Ed.) *Psychological stress and psychopatology*, 125-146, McGraw Hill, New York

Sherbourne, C. D. & Steward, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science&Medicine, 32(6),* 705-714

Stein, A., Dennis, H. G., Bucher, J., Bond, A., Day., A. & Cooper, P. J. (1991) The relationship between post-natal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry, 158*

Swendsen, J. D. & Mazure, C. M. (2000) Life stress as a risk factor for postpartum depression: current research and methodological issues. *Clinical Psychology: Science and Practice. 7(1)*

Vallis, M. T., Howes, J. L. & Miller, P. C. (1991) *The challenge of cognitive therapy: aplications to nontraditional populations*, Ed. Springer

Wisner, K. L., Parry, B. & Piontek, C. M. (2002) Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine, 347(3)*

REZILIENTA: REGĂSIREA ECHILIBRULUI EMOȚIONAL ÎN CONTACT CU TRAUMA

OANA GHIMBULUȚ, LAVINIA DAMIAN, ADRIANA BĂBAN
Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca, Romania
oanaghimbulut@psychology.ro, laviniadamian@psychology.ro, adrianababan@psychology.ro

REZUMAT: Conceptul de reziliență a pătruns relativ recent în domeniul psihologiei, primele cercetări concentrându-se pe populații de copii care au demonstrat adaptabilitate pozitivă în contextul expunerii la evenimente traumatice (catastrofe naturale, mediu familial nesănătos, expunere la violență fizică sau emoțională). În primul rând, am diferențiat reziliența față de concepte înrudite precum invulnerabilitatea, inteligența emoțională și devianța pozitivă. Mai departe, structurând în patru etape majore, am prezentat evoluția cercetării în domeniul rezilienței. În final am oferit exemple de programe ce-si propun dezvoltarea rezilienței, programe construite pe principii care, adecvat contextualizate, pot duce la rezultate pozitive atât în prezenta unor factori de risc, cât și în contexte traumatice.
Cuvinte cheie: reziliență, traumă, factori de risc, factori protectivi, programe de intervenție.

1. INTRODUCERE

Termenul "reziliență" provine din limba latină, derivat al cuvântului "resiliere"(„re" = „re", „salire" = „a sări"), iar primele referiri sunt datate in jurul anilor 1630. Astfel, putem traduce termenul prin "a sări înapoi, la loc", fiind sinonim cu termenii "elastic", "flexibil". În domeniul psihologiei, cercetările asupra rezilienței au început în urmă cu aproximativ 50 de ani și aveau ca țintă populațiile cu risc crescut pentru experiențe traumatice. Emmy Werner a fost printre primii oameni de știință care au studiat reziliența din punct de vedere psihologic, demonstrând că 1/3 dintre copiii cu părinți dependenți de alcool sau cu tulburări psihice severe nu au dezvoltat comportamente dezadaptative. Această categorie a fost denumită de autoare ca fiind copii reziliențI.

În ultimii 20 de ani, studiile asupra acestui concept au sporit considerabil. Interesul manifestat față de reziliență are două explicații. Pe de o parte, a crescut numărul tinerilor care au trecut prin situații aversive datorită societății aflate în continuă schimbare și a resurselor limitate pe care le dețin aceștia pentru a face față provocarilor. Pe de altă parte, îl reprezintă interesul față de dezvoltarea și implementarea de programe pentru copii, la un nivel general, cu scopul de a forma un "set de competențe reziliente" (Brooks & Goldstein, 2001). Aceste programe se axează pe identificarea variabilelor care prezic reziliența în situații aversive. În ultimele două decade au fost publicate numeroase studii longitudinale asupra rezilienței (Luthar 2000: Rutter 1993; Werner & Smith, 1989). Au fost identificați atât factori individuali care prezic copingul adaptativ la situații de risc, cât și modele ce își propun să explice adaptarea individului la situațiile aversive (Werner & Smith 1989).

Literatura de specialitate oferă o serie de cercetări concludente pentru a contura o definiție complexă a rezilienței. De la o abordare limitativă a conceptului, cercetările prezintă acum o perspectivă generală a constructului și posibilitatea de a concepe și implementa programe de intervenție, indiferent de intensitatea situațiilor traumatice (Crosnoe & Elder, 2004; Ronel & Haimoff-Ayali, 2009). Nu doar teoriile rezilienței acreditează conceptul în literatura psihologică, dar și nevoia de conturare a unor noi generații de programe de sănătate mintală. Mai târziu, în acest capitol vom discuta câteva exemple de bune practici din cadrul programelor focusate pe dezvoltarea rezilienței.

Pornind de la literatura de specialitate, definim reziliența ca fiind o metacompetență care îl ajută pe individ să fie conștient de metodele de coping de care dispune și să le aleagă pe cele optime, raportat la situația problematică cu care se confruntă. Competențele reziliente ajută persoana să găsească starea de echilibru, chiar starea de bine, după confruntarea cu situații aversive.

2. REZILIENȚA ȘI CONCEPTE ÎNRUDITE

2.1. *Invulnerabilitate*

La nivel de terminologie, una dintre primele dispute apărute în literatură o reprezintă definirea rezilienței ca antonim al vulnerabilității. Deși disputa se regăsește în literatura de specialitate de mai bine de 30 de ani, cercetările nu au făcut o diferențiere clară între acești doi termeni. Altfel spus, pe un continuum al adaptării la mediu, reziliența și vulnerabilitatea sunt considerate ca aflându-se la poli opuși. Totuși, pentru o mai bună înțelegere a conceptului trebuie precizată și o altă polaritate, și anume "ego-reziliență" versus "ego-fragilitate". Ego-reziliența este definită ca fiind capacitatea individului de a răspunde optim la problemele de viață cu care se confruntă. La polul opus se află ego-fragilitatea care implică inabilitatea de a răspunde optim la cerințele mediului. (Jain, Buka, Subramanian & Molnar, 2012)

2.2. *Inteligență emoțională*

Cea mai des întâlnită dispută în literatura actuală o găsim între reziliență și inteligență emoțională. Dacă noile accepțiuni ale termenilor de reziliență și inteligență emoțională tind să îi aducă sub aceeași umbrelă conceptuală, sunt utile diferențierile care pun în valoare caracteristicile specifice fiecărui concept. Inteligența emoțională este definită ca fiind capacitatea individului de a dezvolta și a folosi favorabil meta-emoții, de a opera cu cunoștințele despre emoții

(Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Termenul face referire la posibilitatea individului de a identifica, exprima şi înţelege emoţiile, de a avea meta-emoţii, de a menţine sub control atât emoţiile pozitive, cât şi pe cele negative (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002). O persoană dă dovadă de inteligenţă emoţională dacă reuşeşte să folosească emoţiile în scopul atingerii rezultatelor dorite.

Reziliența, pe de altă parte, pune în comun factorii individuali şi mediul în care persoana se află (Tusaie & Dyer, 2004). Factorii sau caracteristicile care servesc drept suport persoanei aflate în confruntare cu trauma, pot fi atât intrapersonali, cât şi relaţionaţi de mediu. De cele mai multe ori, aceşti factori cuprind caracteristici cognitive precum optimism, inteligenţă, creativitate, simţul umorului, autoeficacitate specifică. Caracteristicile care definesc persoana rezilientă oferă acesteia un sens al vieţii, o structură coezivă a existenţei şi aprecierea propriei persoane ca fiind unică (Edward & Warelow, 2005). Reziliența reprezintă o meta-competenţă care pune în valoare atât oportunităţile din mediu cât şi factorii individuali în faţa unei situaţii percepute ca fiind problematică în vederea restabilirii echilibrului. Pentru a face uz de factorii individuali şi sociali optimi în raport cu problema întâlnită, trebuie mai întâi ca individul să poată raţiona cu privire la complexitatea problemei, cu privire la emoţiile pe care le resimte. Prin urmare, în lipsa unui nivel optim de inteligenţă emoţională nu putem discuta de reziliență. (Davis, 2009)

2.3. Devianţă pozitivă

Cea mai nouă dispută în care este angajat termenul "reziliență" aduce în discuţie devianţa pozitivă. Devianţa pozitivă pune în prim plan faptul că orice grup de persoane are anumiţi indivizi (devianţi pozitiv) care "funcţionează" în societate mai bine decât semenii lor. Această funcţionare mai bună se datorează atitudinii pe care o au asupra vieţii sau strategiilor pe care le folosesc (Spreitzer & Sonenshein, 2004). Asumpţia de bază a devianţei pozitive este că aceste persoane sunt capabile să îmbunătăţească consecinţele chiar şi într-o situaţie aversivă. Dacă strategiile folosite de aceste persoane ar putea fi izolate, în sensul de a verifica exact care strategie este utilă într-o situaţie specifică, alte persoane ar putea beneficia de training specializat pentru a depăşi cu success situaţii aversive similare. Privind situaţia din perspectiva teoriilor rezilienţei, observăm că individul este comparat cu el însuşi, fără a asuma că există o normă a echilibrului emoţional la nivel de populaţie, la nivel de societate.

3. TRASEUL CERCETĂRILOR ÎN DOMENIUL REZILIENŢEI

Cercetările din domeniul rezilienţei cuprind patru perioade mari. Studiile de pionierat s-au centrat pe dezvoltarea pozitivă a individului în vederea depăşirii situaţiilor aversive. Studiile asupra rezilienţei au început plecând de la aceste premise .

Prima etapă a cercetărilor s-a centrat pe conceptualizarea termenului şi construirea instrumentelor de măsurare. Un aspect luat în calcul de cercetările din această etapă a fost diferenţierea între indivizii care adoptau strategii de coping adaptativ şi cei care adoptau strategii de coping dezadaptativ în situaţii problematice. Cercetările au pus în evidenţă un nivel crescut de consistenţă în ceea ce priveşte relaţiile interindividuale şi resursele care prezic rezilienţa (Cicchetti & Garmezy, 1993; Rutter, 1987).

A doua etapă de cercetări s-a centrat asupra procesului prin care o persoană devine rezilientă. S-a făcut diferenţierea între reziliență ca input, output, proces şi trăsătură de personalitate. În literatură regăsim reziliența definită în asociere cu outputuri pozitive, cu capacitatea de a reacţiona optim în faţa factorilor de risc (Rutter, 1990). Pe de altă parte, Cohler (1987) foloseşte reziliența în relaţie cu factorii care conduc la consecinţe pozitive. Reziliența definită în relaţie cu factorii de risc a fost aspru criticată, plecând de la premisa că nicio variabilă de sine stătătoare nu poate fi definită ca factor de risc. Valoarea de risc a variabilei apare doar după ce evenimentul a avut loc şi este determinată de consecinţele situaţiei în cauză. S-au făcut si diferenţe dintre reziliența individului şi reziliența sistemului. Literatura de specialitate pune la dispoziţie o serie de studii care fac referire la reziliența individului. Studiile vizează, în special, populaţii formate din femei, copii şi adolescenţi (Olsson, Folke & Berkes, 2004). Totodată, avem o serie de studii care fac referire la reziliența sistemelor. Astfel, Adger în 2003 a publicat despre reziliența socială şi ecologică, iar Clauss-Ehlers şi Levi în 2002, despre reziliența culturală.

A treia etapa de cercetări a adus în prim plan rolul factorilor care prezic sau susţin reziliența. Dintre aceşti factori, cel mai frecvent specificaţi sunt stilul parental (Forgatch & DeGarmo, 1999; Wolchik, Sandler, Millsap, Plummer, Greene, Anderson, Dawson-McClure, Hipke & Haine, 2002), angajamentul şcolar (Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbott & Hill, 1999) şi funcţiile executive (Diamond, Barnett, Thomas & Munro, 2007; Rothbart, McCandless, Saccomanno & Posner, 2005).

Al patrulea val de studii este unul integrativ, punând în discuţie studii genetice, neurocomportamentale şi studii experimentale pentru o mai bună înţelegere a conceptului de rezilienţă (Curtis & Cicchetti, 2007; Masten, 2007; Wright & Masten, 2005). Ultimele studii aduc în discuţie polimorfismul genetic ca variabilă moderatoare în situaţii de risc sau aversivitate (Kim-Cohen & Gold, 2009) şi rolul plasticităţii neuronale în dezvoltarea rezilienţei (Curtis &Cicchetti, 2007). Studiile dezvoltării au un rol central în cercetările moderne asupra rezilienţei. Strategiile de coping adaptativ, cum ar fi planificarea şi rezolvarea de probleme, sunt relaţionate cu o capacitate ridicată de a face faţă cu succes stresului sau traumei (Southwick, Vythilingam, & Charney, 2005). Persoanele reziliente percep nivelul de anxietate ca un instrument prin intermediul căruia evaluează pericolul pentru a decide asupra acţiunilor ce urmează a fi iniţiate. La polul opus se află persoanele cu strategii nedezvoltate sau persoanele care nu reuşesc să îşi pună în valoare strategiile de coping dobândite. În cazul acestora. nivelul de stres este ridicat (Folkman & Moskowitz, 2000; Southwick, Vythilingam & Charney, 2005), iar starea de anxietate se menţine pentru o perioadă îndelungată de timp.

Optimismul joacă un rol central în viaţa persoanelor reziliente (Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006). În faţa situaţiilor stresante, emoţiile pozitive se amestecă cu cele negative. Emoţiile pozitive sunt cele care reduc nivelul de arousal produs de emoţiile negative şi sporesc nivelul de gândire flexibilă, precum şi capacitatea de rezolvare de probleme (Folkman & Moskowitz, 2000; Tugade & Fredrickson, 2004). Nivelul de arousal în situaţii stresante este redus şi de calitatea relaţiilor în care este angajată persoana. Suportul social ca şi variabilă protectivă este asociat cu reinstalarea echilibrului după o situaţie aversivă. Relaţiile sociale de calitate se asociază cu rezultate pozitive în situaţii de stres (Charuvastra & Cloitre, 2008; DeVries, Glasper & Detillion, 2003; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003).

În momentul în care individul intră în contact cu situaţii de stres, creierul răspunde prin eliminare de catecolamine şi alţi hormoni ai stresului. Aceştia pregătesc organismul pentru a face faţă situaţiei în care se află şi îl avertizează cu privire la posibilele urmări negative. Variabilitatea interindividuală în ceea ce priveşte rezilienţa depinde de măsura în care corpul elimină hormoni ai stresului, depinde de neurotransmiţătorii şi neuropeptidele implicate în răspunsul la stres.

Istoria cercetărilor din domeniul rezilienţei este strâns legată de istoria cercetărilor din domeniul dezvoltării psihopatologiei. Ambele direcţii de cercetare urmăresc investigarea problemelor cu care individul se confruntă de-a lungul vieţii (Cicchetti, 2006; Masten, 1989, 2006). Cercetătorii interesaţi de etiologia psihopatologiei au urmărit în egală măsură şi dezvoltarea adaptărilor pozitive şi negative la situaţiile aversive. Cele mai multe cercetări sunt bazate pe studii longitudinale care încep din copilărie sau adolescenţă – când au loc schimbări rapide. (Vaillant, 2002).

4. PROGRAME PENTRU DEZVOLTAREA REZILIENŢEI

Conform lui Luthar şi Cicchetti (2000) (apud Henley, 2010), programele de dezvoltare a rezilienţei în rândul tinerilor vulnerabili pot fi oferite în orice stadiu al vieţii, iar implicarea profesorilor, a mentorilor sau a congenerilor poate compensa semnificativ lipsa de factori protectivi din alte domenii ale vieţii lor. Organizaţiile pentru tineri îşi desfăşoară activităţile în comunitate oferind activităţi de grup care oferă implicare socială structurată şi stabilitate socială, coeziune şi predictibilitate în vieţile lor. De asemenea. studiul lui Grotberg (2001) (apud Henley, 2010) a scos la iveală faptul că rezilienţa poate fi promovată printr-o varietate de programe şi că poate fi adaptată la diferite populaţii şi contexte şi au recomandat ca aceasta să fie încorporată în livrarea de servicii pentru copiii care se confruntă cu situaţii aversive.

Studiile din domeniile epidemiologiei şi ale psihopatologiei din perspectiva dezvoltării individului, au relevat un număr de principii pentru ghidarea programelor de prevenţie şi intervenţie în problemele de sănătate publică şi ale impactului factorilor de risc şi protectivi asupra dezvoltării copiilor şi adolescenţilor (Cicchetti & Cohen, 1995 apud Greenberg, 2006; Masten, 2001). Greenberg (2006) discută aceste principii concluzionând că la baza problemelor nu stă doar o singură cauză şi că traseele care duc la probleme sunt multiple. Astfel, există combinaţii diferite de factori care duc la una şi aceeaşi problemă, sau aceiaşi factori pot duce la probleme diferite. Extrapolând la domeniul rezilienţei, au fost identificate trei categorii majore de factori protectivi: (a) caracteristicile individuale (ex. optimismul ca trăsătură de personalitate), (b) calitatea relaţiilor (ex. suportul familiei) şi (c) factorii de mediu (ex. calitatea mediului educaţional).

The Bridge Project este un program de vară, realizat în afara programului şcolar, ghidat de cadrul teoretic al riscului şi rezilienţei, conform căruia factorii de risc şi cei protectivi rezidă la nivel: (a) individual (ex. abilităţi de rezolvare de probleme, abilităţi sociale, atitudine pozitivă, temperament), (b) interpersonal/ social (ex. ataşament faţă de părinţi, convingeri şi valori prosociale, nivel conflictual parental) şi (c) de mediu (ex. oportunităţi pentru educaţie, angajare, activităţi prosociale, suport social de la membrii comunităţii) (Anthony, Alter, & Jenson, 2009). Obiectivul principal al programului a fost acela de a forma tineri eligibili care să fie acceptaţi la facultăţile locale. Beneficiarii programului au fost reprezentaţi de către tineri care trăiau în condiţii socio-economice nefavorabile, în zone în care nivelurile de violenţă şi consum de substanţe erau ridicate, iar oportunităţile pentru activităţi extracurriculare, scăzute. Astfel, având în vedere factorii de risc la care erau expuşi participanţii, au fost create obiective şi strategii adecvate lor. Strategiile utilizate pentru formarea rezilienţei au fost: mentoratul/ tutoriatul, training-uri pentru citit/ tehnice, leadership, oportunităţi de dezvoltare personală şi altele. Obiectivele specifice au constat în: formarea de legături de ataşament, abilităţi academice/ tehnice, valori prosociale, extinderea orizonturilor personale şi continuitatea. Rezultatele obţinute în rândul participanţilor la program indică faptul că tinerii expuşi la riscuri crescute pot beneficia de un astfel de program, mai ales la nivelul autoeficacităţii academice şi al performanţei academice (Anthony, Alter, & Jenson, 2009).

Greenberg şi colaboratorii au dezvoltat un curriculum de învăţare socio-emoţională denumit ***PATHS***, bazat pe principii neuroştiinţifice care se centrează pe promovarea alfabetizării emoţionale şi a controlului cognitiv eficient, având ca şi obiectiv reducerea problemelor comportamentale la copiii preşcolari şi din ciclul primar de învăţământ (Kusche, & Greenberg, 1994, apud Greenberg, 2006). Acest program se bazează pe modelul ABCD al dezvoltării, care vizează modul în care afectele, comportamentele, cogniţiile şi limbajul se integrează în cursul dezvoltării. De asemenea, PATHS acordă o atenţie specială modelelor neurocognitive ale dezvoltării, încercând să înveţe copiii să utilizeze în mod conştient strategii de autocontrol. În plus. se face apel şi la procesarea verbalizată a acţiunilor care are la bază identificarea şi etichetarea verbală a emoţiilor pentru a le putea gestiona. Un exemplu de activitate descris de către Greenberg (2006) este aceea care îi învaţă pe copii paşii

rezolvării de probleme în contexte sociale. Un alt exemplu de exercițiu este cel al fețelor emoționale pe care copiii le utilizează de-a lungul zilei pentru a-și identifica emoțiile proprii și pe ale celorlalți. Programul s-a dovedit a fi eficace în scăderea frecvenței problemelor de externalizare și de internalizare, precum și în creșterea nivelului de competențe socio-emoționale în rândul copiilor, prin intermediul dezvoltării la nivelul funcțiilor executive (Greenberg, 2006).

Vetter și colaboratorii (2010) au evaluat impactul introducerii unui ***program de creștere a rezilienței în rândul tinerilor expuși la traume semnificative*** în urma evenimentelor violente ce au avut loc la o școală din Beslan, Ossetia de Nord. O serie de programe a câte o săptămână au fost implementate la 2 ani după evenimentele traumatice. Acestea au constat în tabere la munte în care tinerii au fost învățați tehnici de supraviețuire, cățărare, schi, campare și altele. Tinerii participanți au fost atât din rândul celor care au experiențiat evenimentele traumatice de la școala din Beslan, cât și tineri care nu le-au experiențiat. Astfel, s-a putut observa că tinerii care au experiențiat evenimentele traumatice au prezentat îmbunătățiri continue ale nivelului de reziliență după 6 luni, spre deosebire de cei „non-traumatizați", ale căror scoruri au regresat înapoi spre scorurile pretest.

Programul ***Salvați Copiii*** (***Save the Children***, 2004) a reprezentat o intervenție la nivelul clasei de elevi din Palestina. Obiectivul a fost achiziția de abilități cognitive și sociale orientate spre reziliență, pentru a-i ajuta să gestioneze mai bine aversitățile continue pe care le întâmpină în mediul conflictual în care trăiesc. Rezultatele programului au utilizat și au identificat ca a fi eficient un număr de factori pozitivi care contribuie la creșterea rezilienței în fața aversității, precum: comunicarea eficientă cu congenerii, încrederea interpersonală, gestionarea emoțiilor vizavi de evenimentele din jur, comportamentele prosociale, creșterea empatiei și atenției acordate celorlalți, formarea convingerilor că au capacitatea de a-și atinge scopurile și altele. Autorii subliniază faptul că, în situații extrem de stresante, formarea și întărirea speranței susține factorii de reziliență deja existenți și ajută la păstrarea încrederii într-un viitor pozitiv.

Așadar, având în vedere varietatea beneficiarilor, precum și a contextelor și a strategiilor utilizate pentru promovarea rezilienței, se poate concluziona, după cum se sugerează și în literatura de specialitate, că astfel de programe, dacă sunt adecvat contextualizate, pot duce la rezultate pozitive atât în contextul traumei. cât și în cel al prezenței unor factori de risc.

5. BIBLIOGRAFICE

Adger, W.N. (2003). "Social capital, collective action and adaptation to climate change". *Economic Geography*, 79, 4, 387-404.

Anthony, E, K., Alter, C. F., & Jenson, J. M. (2009). "Development of a risk and resilience-based out-of-school time program for children and youths". *Social Work, 54*, 45-55.

Brooks, R., & Goldstein, S. (2001). "Raising Resilient Children". New York, NY: Contemporary.

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). "Social bonds and posttraumatic stress disorder". *Annu Rev Psychol,* 59: 301–328.

Cicchetti, D. (2006). "Development and Psychopathology". in D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Theory and Method* (Vol. 1), 1-23. New York: Wiley.

Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993). "Milestones in the development of resilience". *Development and Psychopathology, 5*(4), 497–502.

Clauss-Ehlers, C.S., & Lopez Levi, L. (2002). „Working to promote resilience with Latino youth in schools: Perspectives from the U.S. and Mexico". *International Journal of Mental Health Promotion,* 4(4), 14-20.

Cohler B.J. (1987) The invulnerable child. New York: Guilford Press, 106-144.

Crosnoe, R., & Glen H. E., Jr. (2004). "Family Dynamics, Supportive Relationships, and Educational Resilience during Adolescence." *Journal of Family Issues* 25: 571-602.

Curtis, W. C., & Cicchetti, D. (2007). "Emotion and resilience: A multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children". *Development and Psychopathology, 19*, 811-840.

Davis, M.C. (2009). "Building Emotional Resilience to Promote Health". *American Journal Lifestyle Med.*

DeVries, A.C., Glasper, E.R., & Detillion, C.E. (2003). "Social modulation of stress responses". *Physiology and Behavior*, 79(3): 399-407.

Diamond, A., Barnett, W.S., Thomas, J., & Munro, S. (2007). "Preschool program improves cognitive control", *Science*, 318, 1387-1388. PMID:18048670

Edward K., & Warelow. P (2005). "Resilience: When coping is emotionally intelligent". *Journal of the American Psychiatric Nurses Association,* 11 (2):101-102.

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2000). "Positive affect and the other side of coping". *American Psychologist*, 55, 647-654.

Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (1999). "An experimental test of parenting practices as mechanisms of child adjustment in divorcing families". *Society for Research in Child Development Biennial Meeting*, Albuquerque, NM.

Greenberg, M. T. (2006). "Promoting resilience in children and youth. Preventive interventions and their interface with neuroscience". *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*, 139-150.

Henley, R. (2010). "Resilience enhancing psychosocial programmes for youth in different cultural contexts: Evaluation and research". *Progress in Development Studies, 10*, 295-307.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). "Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood". *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 153*(3), 226-234.

Jain, S., Buka, S. L., Subramanian, S. V., & Molnar, B. E. (2012). "Protective Factors for Youth Exposed to Violence : Role of Developmental Assets in building

emotional resilience". *Youth Violence and Juvenile Justice.* in press.
Kim-Cohen, J., & Gold, A. L. (2009). "Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development". *Current Directions in Psychological Science*, 18, 138-142.
Luthar, S. (2000), "The construct of resilience: a critical evaluation for future work", *Child Development*, Vol. 71 No. 3, pp. 543-62.
Masten, A.S. (1989). "Resilience in development: Implications of the study of successful adaptation for developmental psychopathology". In D. Cicchetti (Ed.), *The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 261–294). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
Masten, A. S. (2001). "Ordinary magic: resilience processes in development". *American Psychology, 56,* 227–238.
Masten, A. S. (2006). "Developmental psychopathology: Pathways to the future". *International Journal of Behavioral Development, 31,* 46-53.
Masten, A. S. (2007). "Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises". *Development and Psychopathology, 19,* 921-930.
Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. (2002). "Emotional Intelligence: Science and myth". Cambridge.
Mayer, J.D., Roberts, R.D., & Barsade, S.G. (2008). "Human abilities: emotional intelligence". *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
Olsson, P., C. F., & Berkes, F. (2004). „Adaptive co-management for building social-ecological resilience". *Environmental Management.*
Ong, A. D., Bergeman, C. S., Wallace, K. A., & Bisconti, T. L. (2004). "The role of daily positive affect in the resilience process". Paper presented at the Society for Research in *Adult Development Annual Conference*. San Diego, CA.
Robles, T. F., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2003). "The physiology of marriage: Pathways to health". *Physiology and Behavior, 79,* 409-416, PubMed.
Ronel, N., & Hamoiff-Ayali, R. (2009), "Risk and Resilience: The Family Experience of Adolescents With an Addicted Parent". *Int J Offender Ther Comp Criminol June 2010* 54: 448-472, first published on March 6, 2009 doi:10.1177/0306624X09332314.
Rothbart, M. K., Sheese, B. E., & Posner, M. I. (2007). "Executive attention and effortful control: Linking temperament, brain networks. and genes". *Child Development Perspectives*, 1, 2–7.
Rutter, M. (1987), "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 57, pp. 316-31.
Rutter, M. (1990), "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, Cambridge University Press, New York, NY.
Rutter, M. (1993), "Resilience: some conceptual considerations". *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, pp. 598-611.
Save the Children. (2004). "Classroom based Intervention: Impact evaluation. Save the Children. Disponibil". http://www.savethechildren.org/publications/technical resources/education/CBIImpactEvaluation.pdf.
Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). "The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment". *Annual Review of Clinical Psychology, 1* (1), 255–291.
Spreitzer, G., & Sonenshein, S. (2004). "Toward the construct definition of positive deviance". *Applied Behavioral Scientist*, 77(6): 838-847.
Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). "Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences". *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320–333.
Tusaie, K., & Dyer, J.(2004). "Resilience: A historical review of the construct". in *Holistic Nursing Practice.*
Vaillant, G. (2002) Aging well. Boston: Little, Brown and Co.
Vetter, S., Dulaev, I., Mueller, M., Henley, R., Gallo, W., & Kanukova, Z. (2010). "Impact of resilience enhancing programs on youth surviving the Beslan school siege". *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*, 1-11.
Werner, E. E. (1971). "The children of Kauai : a longitudinal study from the prenatal period to age ten". *Honolulu: University of Hawaii*
Werner, E., & Smith, R. (1989). „Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth". McGraw-Hill, New York, NY.
Wolchik, S. A., Sandler, I. N., Millsap, R. E., Plummer, B. A., Greene, S. M., Anderson, E. R., Dawson-McClure, S. R., Hipke, K., & Haine, R. A. (2002). "Six-year follow-up of a randomized, controlled trial of preventive interventions for children of divorce". *Journal of the American Medical Association*, 288, 1874-1881.
Wright, M.O., & Masten, A.S. (2005). "Resilience processes in development: Fostering positive adaptation in the context of adversity". in S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 17-37). New York: Springer

„ÎMBRĂȚIȘÂND SCHIMBAREA": ÎN CĂUTAREA SENSULUI VIEȚII

GABRIELA DIMA, MIHAELA DANA BUCUȚĂ
Universitatea „Transilvania" Brașov, România, ela.dima@yahoo.com
Universitatea „Lucian Blaga" Sibiu, România, bucutamihaela@yahoo.com

ABSTRACT:
Lucrarea abordează o temă existențială, cea a sensului vieții, privită din perspectiva nevoii de creștere personală și autoactualizare. Una dintre căile de clarificare și integrare a sensului vieții personale o reprezintă psihoterapia, a cărei esență este schimbarea. Prima parte a lucrării reprezintă o introducere și circumscriere teoretică a conceptelor de „sens al vieții" și „schimbare terapeutică". Partea a doua ilustrează prin rezultatele unui studiu calitativ realizat prin metoda analizei interpretativ – fenomenologice modul în care psihodrama ca metodă de psihoterapie prin acțiune duce la transformare, la „regăsire" a sinelui autentic și a drumului în viață.
Cuvinte cheie: psihodramă, schimbare terapeutică, sensul vieții, sinele autentic

1. INTRODUCERE

Viața ne este dată, însă sensul și valoarea ei o dă omul prin atitudinea sa. Preocupările legate de sens au rădăcini vechi în religie, filosofie (ex. Nietzsche, Sartre), literatură (ex. Tolstoi, A. Camus), psihoterapie (ex. C.G. Jung, I. Yalom, V. Frankl). O dovadă a interesului crescut pentru tema sensului vieții este felul în care a fost primită cartea lui Viktor E. Frankl *„Omul în căutarea sensului vieții"*, re-publicată de peste 70 de ori în engleză, tradusă în 19 limbi și vândută în peste două milioane și jumătate de exemplare doar în limba engleză, succes explicat de autor astfel: *„...nu văd atât de mult o realizare sau un succes personal, cât mai degrabă o expresie a suferinței vremurilor noastre: dacă sute de mii de oameni întind mâna către o carte al cărei titlu promite să dea un răspuns la chestiunea sensului vieții, probabil că această chestiune este una care îi pune pe jar"* (Frankl, 2009:13). Pierderea sau lipsa de sens a vieții este frecvent întâlnită în activitatea clinică, însă, din nefericire, există foarte puține cercetări sistematice (Yalom, 2010).

Lucrarea de față își propune să arate contribuția metodei terapiei psihodramatice, fundamentată în teorii ale acțiunii și spontaneității (Moreno 2008, 2009), la autoactualizare, regăsirea sinelui autentic și a drumului în viață.

2. ASPECTE TEORETICE

Sensul vieții

În psihoterapie sensul vieții este tema centrală a psihoterapiei existențiale și logoterapiei, dar ea poate face subiectul oricărei terapii, în măsura în care este adusă în discuție de clientul prins într-o criză a sensului. Întrebările îmbracă forme diverse precum: Care e sensul vieții? Care e sensul vieții mele? De ce suntem aici? Cum să trăim? Irvin Yalom (2010:490) face distincție între *„sensul cosmic"* și *„sensul pământesc"*: sensul pământesc („sensul vieții mele") se referă la scop, un țel suprem sau țeluri cărora persoana se dedică; sensul cosmic implică existența unui plan extern, superior și se referă la ordinea spirituală din univers.

Viktor Frankl (2009:124) descrie trei căi - creativă, experiențială și atitudinală - pentru găsirea sensului în viață: (1) creând sau înfăptuind ceva, (2) experimentând ceva (ex. bunătatea, adevărul, frumosul, cultura) sau cunoscând pe cineva, (3) prin atitudinea pe care o avem în fața unei suferințe inevitabile (ex. sensul sacrificiului). Aceste surse de sens le regăsim la Yalom (2010) ca altruism, dedicarea pentru o cauză, creativitate, soluția hedonistă, autoactualizarea, transcenderea de sine. Hedonismul și autoactualizarea diferă de celelalte prin faptul că vizează propria persoană, în timp ce restul reflectă o trecere mai departe, peste propriul interes, către ceva sau cineva aflat dincolo de propria persoană. După Frankl (2009:123) sensul vieții trebuie descoperit mai degrabă în lume, decât în interiorul omului: *„cu cât omul se uită mai mult pe sine dăruindu-se unei cauze pe care o slujește sau unei persoane pe care o iubește, cu atât este mai om și se actualizează mai mult pe sine"*.

În final, transcenderea de sine, orientarea spre lume și ceilalți se întoarce sub forma unui sentiment pozitiv al sensului în viață.

Schimbarea terapeutică

„Cheia producerii schimbării este perlaborarea rezistențelor pentru a produce schimbare" afirma Yalom în tratatul său de psihoterapii de grup (Yalom, Leszcz 2008:167).

Settingul psihodramatic implică persoana în toată globalitatea sa, în mod holistic. În psihodramă corpul găsește un spațiu propriu. Psihodrama oferă spațiu și minții, prin reprezentările mentale sănătoase, utile, prin caleidoscopul de roluri pe care protagonistul le experimentează. Mecanismele schimbării în psihodramă constau în facilitarea expresivității, ruperea scenariului, stimularea unei relații interactive « eu actor » - « eu observator », restructurarea teatrului intern individual. Rezultatul evolutiv al mecanismelor expresivității și acțiunii este reprezentat printr-un progres spre comportamente și modalități relaționale din ce în ce mai variate, creative și individuante (Boria, 2005).

Schimbarea terapeutică promovează repere şi reguli noi ce vor schimba în final cadrul de referinţă ce alimenta problema clientului; devine astfel posibilă găsirea de alternative comportamentale sau referenţiale la problemele cu care clientul a venit în terapie (Dafinoiu, 2000).

Psihodrama oferă ocazia de a externaliza reprezentările mentale ale persoanei-în-relaţie-cu-ceilalţi ca teatru al lumii interne; clientul este încurajat să îşi asume responsabilitatea deciziilor sale.

Mecanism central ce generează schimbarea terapeutică, mecanismul inversiunii de rol este descris de Moreno ca "*energie investită în imaginile interne*". Accentul este pus pe internalizarea unui obiect bun ca bază a creşterii unui eu independent şi integrat (Moreno, 2009). Valoarea terapeutică a inversiunii de rol structurează şi integrează procesul interpersonal, conducând individul spre ieşirea din izolare şi disociere, reducând apărările prin identificare şi proiecţie, accelerând procesul de separare - individuare absolut necesar dezvoltării.

Cercetările asupra procesului şi rezultatelor terapiei arată că între terapeuţi şi clienţii lor există adesea diferenţe în ceea ce priveşte aprecierea principalilor factori care contribuie la succesul terapeutic. Astfel, dacă terapeuţii tind să atribuie succesul tehnicilor lor, clienţii accentuează în special importanţa relaţiei terapeutice şi a calităţilor personale ale terapeutului (Yalom, 2010; Lambert, 2010). Intărind îndemnul lui Yalom „*ascultă-ţi clientul*" studiul de faţă îşi propune să dea voce şi sens experienţei clienţilor.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Designul cercetării este calitativ şi foloseşte metoda analizei interpretativ-fenomenologice (IPA), dezvoltată la finalul anilor '90 de către Jonathan Smith (1996), cu aplicaţii iniţiale în domeniul psihologiei clinice şi al sănătăţii. IPA recunoaşte rolul principal al analistului în a acorda semnificaţie experienţei, specificul metodei fiind acela de a da voce şi sens participanţilor la studiu, aceasta conducând la o înţelegere profundă a fenomenelor explorate.

Întrebările studiului de faţă sunt: Cum trăiesc membrii unui grup de terapie schimbarea? Ce sens dau schimbării? Cum poate ajuta psihodrama la căutarea sensului vieţii?

Smith (Smith, Osborn, 2008) recomandă dimensiunea mică a lotului de cercetare (6 - 10 participanţi), care poate oferi o perspectivă suficientă dacă este adecvat selecţionat. Studiul de faţă s-a realizat pe un lot de 6 adulţi, femei[1] cu vârste cuprinse între 25 – 45 de ani, studente sau absolvente de psihologie, care aspiră să se dedice unei activităţi în sprijinul oamenilor. Motivaţia participării la grupuri de dezvoltare personală / terapie este dată de preocuparea pentru rezolvarea unor probleme personale existenţiale, autocunoaştere şi dezvoltare personală. Participantele la studiu au parcurs în medie 24 de sesiuni de psihodramă (frecvenţă săptămânală). Datele au fost culese prin metoda interviului fenomenologic semistructurat, după încheierea grupurilor de psihodramă din care au făcut parte.

Limitele cercetării sunt date de însăşi utilizarea metodei analizei interpretativ-fenomenologice, şi anume inabilitatea metodei de a explica cauzele sau originile acestor experienţe, dar şi de subiectivitatea analizei datorată cercetătorilor.

4. REZULTATE

În urma analizei IPA a rezultat o matrice formată din cinci teme principale: (1) experienţa de grup, (2) traseul terapeutic, (3) experienţa schimbării, (4) sinele autentic, (5) experienţa terapiei şi metodei psihodramei.

Întrucât terapia urmăreşte schimbarea şi autoactualizarea, în continuare vor fi detaliate tema trei „*experienţa schimbării*" şi tema patru „*sinele autentic*"[2], fiind principalele teme care ilustrează travaliul căutării de sine.

Tema „*experienţa schimbării*" (tabelul 1) este descrisă printr-o serie de elemente ca: transformare, insight şi clarificare, încredere şi forţă personală, învăţare experienţială, „*Eu înainte*" şi „*Eu acum*", ritmul propriu, impactul schimbării.

Tabelul nr. 1 Tema trei din matricea de teme IPA

Tema 3: Experienţa schimbării „*Altfel văd totul*"	▪ Transformare ▪ Încredere şi forţă personală ▪ Insight, clarificare ▪ Învăţare experienţială: „*Am învăţat să...*" ▪ Ritmul propriu ▪ Impactul schimbării ▪ „*Eu înainte*" vs. „*Eu acum*"

Pentru toate participantele la studiu, terapia a însemnat o perioadă intensă de lucru cu sine şi transformare interioară explicată de Flavia[3] astfel: „*Mmm...pentru mine a fost o perioadă de... de transformări foarte intense [...] am şi luat nişte decizii foarte personale, adică foarte aproape de ceea ce sunt eu în perioada asta. Am aşa impresia că am trăit foarte concentrat în perioada asta, datorită dezvoltării personale*". Analiza personală, clarificările şi insight-urile din timpul terapiei produc schimbarea: „*...de atunci am simţit şi schimbarea [...] Când am pus în scenă copacul care era foarte foarte încărcat (cu zăpadă) şi mă simţeam atât de încărcată şi simţeam că nu mai pot să duc încărcătura aia şi că... tre să se întâmple ceva să se topească tot ce m-a ţinut pe mine aşa închisă în mine şi chiar rece faţă de ceilalţi şi neimplicată*" (Otilia). Transformarea de care vorbesc participantele este una de profunzime, care eliberează un potenţial uman reprimat sub influenţa

[1] Lotul a inclus numai femei din lipsa disponibilităţii subiecţilor de gen masculin care să fi participat la grupuri de dezvoltare personală în perioada în care s-a realizat cercetarea, fără să se urmărească de fapt o imagine diferenţiată pe genuri

[2] Au fost selectate numai aceste 2 teme din matricea IPA din motive de spaţiu limitat de prezentare

[3] Numele persoanelor au fost schimbate din motive de confidenţialitate şi anonimat

problemelor şi presiunilor vieţii: "*Am început să mă valorizez, pentru că, dacă aceste pesoane care nu m-au cunoscut au văzut aceste calităţi la mine, înseamnă că eu le am. De unele nu eram conştientă, şi dacă le am atunci...să le-aduc la lumină, să le scot de acolo unde le aveam îngropate [...] E ca şi cum aici am descoperit, acele părti pozitive din mine...*" (Maria). Contactul cu părţile luminoase, cu forţa personală şi punerea ei în mişcare au dus la creşterea încrederii în sine şi sentimentul valorii personale - „*am început să mă valorizez*" - în cazul tuturor persoanelor din grup, printre care şi Crina care mărturiseşte că: "*mi-a schimbat un pic cursul vieţii [...] m-a ajutat să fiu altă persoană [...] Devii alt om, te cunoşti pe tine însuţi mai bine, capeţi încredere şi putere în tine*".

Terapia aduce oamenii în contact cu probleme de natură existenţială personale şi ale celorlalţi din grup. Sunt exprimate şi împărtăşite experienţe de viaţă şi trăiri afective puternice din care fiecare are ceva de învăţat. Otilia ne arată varietatea temelor abordate: „*...legat de relaţionarea cu părinţii, de partener, de moarte... au fost teme foarte diverse şi mie de fiecare dată îmi dădea de gândit cu privire la viata mea. [...] Experienţa morţii unei persoane apropiate sau traume din copilărie... eu nu le-am trăit, dar am simţit acolo prin ce au trecut acele persoane, şi mă gândesc dacă voi ajunge să fac şi eu terapie şi să treacă clienţii prin acele lucruri poate...voi înţelege mai bine.*" Această învăţare experienţială a ajutat-o pe Crina în multe aspecte personale: "*aicea am învăţat să (oftează)... să mă descarc, să mă controlez pe dinăuntru, să îmi pun întrebări care înainte nu mi le puneam...*". Pentru Ioana terapia a însemnat că "*la fiecare şedinţa învăţam alt lucru, să nu mai dramatizez, să încerc să găsesc o soluţie, să nu iau o decizie pe loc, să am răbdare...*".

Deşi schimbări au avut loc în fiecare, ritmul şi profunzimea lor diferă, după cum ne semnala şi Maria: "*este o vindecare atât cât îi permite momentul... momentul respectiv. Acum eşti dispus... se poate mai mult, dacă se poate... atât de mult cât se poate, dacă nu... data viitoare*". Irina admite că „*la unele am început să lucrez, pe unele încă trebuie să le mai accept*".

Beneficiile terapeutice raportate de participantele la studiu vizează stima de sine, comunicarea emoţiilor, empatie, autocontrol, capacitatea de a lua decizii, creşterea puterii personale, spontaneitate, acceptarea diferenţelor dintre oameni, eliminarea prejudecăţilor etc. Întrucât schimbarea a ajuns să fie vizibilă pentru cei din jur, ca în cazul relatat de Iuliana, sunt şanse mari ca impactul terapiei să fie de durată: „*Am început să mă schimb [...] nu ştiu dacă neapărat a fost o schimbare bruscă, dar s-a simţit şi între prietenii mei şi în familia mea [...] Spuneam ce aveam pe suflet, spuneam în momentul în care aveam ceva pe suflet, nu aşteptam să treacă o perioadă, eram liberă, gesticulam după cum simţeam [...] se uitau aşa un pic ciudat la mine... eu aceea care niciodată nu spuneam nimic, niciodată nu-mi exprimam sentimentele, gândurile...*".

Sub-tema „*Eu înainte*" *vs.* „*Eu acum*" surprinde miezul schimbării care a avut loc. prin comparaţia dintre cele doua Eu-ri. Crina surpinde global schimbarea şi spune că „*m-am născut a două oară... dar altfel de om*". Onelia sintetizează schimbarea astfel: "*am reuşit să ies din partea aia întunecată în care mă simţeam prinsă şi fără scăpare şi fără putinţa de a ieşii singură [...]a ieşi de acolo, a vedea şi cealaltă parte luminoasă care şi ea era în mine [...] a avea bucuria redescoperirii lumii şi a celorlalţi şi a realităţii şi a ceea ce e în afara mea, pentru că eram prea concentrată numai legat de ce e în mine [...] cei apropiaţi mă vedeau cum sunt, iar acum pot să vadă că-s veselă, că-s...nu ştiu cum... fericită. Eu aşa mă simt: fericită*".

Ioana evocă activitatea care i-a permis să reflecteze la evoluţia ei prin terapie, fiind „şocată" după cum spune ea de ritmul creşterii personale: "*a trebuit să reprezentăm oarecum drumul nostru în acele şedinţe şi... atunci am analizat cât de mică şi nesemnificativă eram înainte şi cât de mult am evoluat într-un an de zile. Era şocant oarecum pentru mine să văd cum eram înainte şi cât de mult am reuşit să mă schimb într-un an de zile pentru că... adică eu în cinci ani de zile am clădit nişte ziduri şi acuma în câteva luni de zile s-au dărâmat toate şi iată-mă sunt eu din nou.*"

A fi din nou „EU" pare să fie un laitmotiv şi un rezultat principal al terapiei pentru toate participantele la studiu. Tema „*sinele autentic*" (tabelul 2) este descrisă prin sub-temele: întalnirea autentica cu sine, „*am redevenit EU,* acceptare de sine, „*merg pe drumul meu*".

Tabelul nr. 2 Tema a patra din matricea de teme IPA

Tema 4: Sinele autentic „*Am redevenit EU*"	▪ Intâlnirea autentică cu sine: „*Am avut curajul să fiu eu*" ▪ „*Am redevenit EU*" ▪ Acceptare de sine ▪ „*Merg pe drumul meu*"

Întâlnirea autentică cu sine este favorizată în grupul de terapie de climatul emoţional de securitate, încredere şi suport afectiv care se dezvoltă după ce cad barierele şi anxietăţile specifice începutului: "*Acolo m-am putut manifesta şi am putut să fiu văzută aşa cum sunt eu în realitate [...] amintirea asta... a faptului că poţi să te arăţi unor oameni şi să te descoperi împreuna cu ei aşa cum eşti tu (plânge)...*" (Maria). Grupul de terapie este un loc de autocunoaştere prin întâlnirea cu ceilalţi, dar mai ales cu sine: „*Mă vedeam prin ochii lor şi îmi dădeam seama că de fapt sunt aceiaşi persoană... şi eu însumi şi eu văzută prin ochii celorlalţi... şi oarecum îmi ridica moralul şi îmi dădea curaj să fiu eu, să nu... să nu m-ascund*" (Ioana).

Sub-tema „*Am redevenit EU*" ne arată semnificaţia sentimentului de a fi în acord cu sine şi împlinirea care decurge de aici, ilustrate de cuvintele Ioanei: "*Pot să spun că am redevenit eu [...] acea persoană cu curaj, cu încredere în sine, fără teamă de a fi judecată. Acuma sunt, sunt pur şi simplu, mă simt liberă să spun ce simt, ce trăiesc [...] sunt pur şi simplu EU. Cred că acesta a fost cel mai mare beneficiu. Să mă accept eu aşa cum sunt... fără să mă*

ascund de mine". De fapt, acesta este unul din scopurile terapiei, de a ajuta persoanele să se simtă în armonie în cu sine: *„Am văzut-o (terapia) ca pe o modalitate de a-mi vedea viaţa şi de a redeveni eu, pur şi simplu prin a-mi retrăi viaţa mea sau a trăi sentimente şi gânduri şi trăiri ale altor colegi*" (Maria). Un element important care trebuie să însoţească re-cunoaşterea de sine şi dezvăluirea autentică este acceptarea de sine, pe care o putem identifica la Flavia (dar nu numai la ea): *„S-a schimbat ceva şi aa...a fost la un moment dat (râde)... mi-am dat voie să fiu eu. La modul că la un moment dat mama mea a spus acasă: «Doamne, eşti ca un circ, eşti ca un spectacol pe stradă!» Eram foarte viu îmbrăcată, foarte viu colorată şi... foarte relaxata [...] Cred eu că m-am întâlnit eu cu mine într-o modalitate nou şi [...] am avut curajul să fiu eu; m-am acceptat mult mai frumos pe mine. Chiar aşa am simţit".*

Ultima sub-temă intitulată *„Merg pe drumul meu"* vine ca un corolar al schimbărilor care au avut loc în timpul terapiei: "*Am căpătat din nou încredere că eu ştiu într-un fel cum sunt şi ce e în mine [...] mi-a dat într-un fel aripi aşa ...ca să fac lucrurile pe care-mi doresc să le fac şi să fac schimbările în viaţa mea care doresc să le fac şi să mă dezvolt în direcţia aia pe care simt"* (Onelia). O altă participantă la studiu arată parcursul ei de la cufundare şi absorbire în propria situaţie - problemă de viaţă, constrânsă pe o cale, la eliberare şi afirmare de sine în direcţia aleasă de ea: *„A fost problema care m-a... m-a marcat...parcă n-am mai fost eu, a fost numai situatia asta [...] nu ştiam cine sunt [...] Într-un fel m-am eliberat de o mare parte din greutate şi... într-adevăr mă consider acum o fiinţa liberă şi merg pe drumul meu. Nu este acela drumul meu pe care încearcă cineva să mi-l impună. Este acesta drumul meu*" (Maria). Cu adevărat a găsi sensul şi direcţia personală în viaţă şi a avea curajul asumării drumului propriu este echivalentul autoactualizării şi premisa împlinirii de sine.

5. DISCUŢII

Nivelul al doilea de interpretare, conform normelor de realizare a analizei interpretative fenomenologice (Smith, Osborn, 2008), constă în încercarea de a da sens relatărilor participantelor la studiu şi de a face legătura cu alte rezultate din literatura de specialitate, subliniind în acelaşi timp că scopul acestui studiu nu a fost acela de a produce descoperiri generalizatoare.

Psihodrama ca metodă de terapie de acţiune pune în joc persoana în globalitatea sa, atât mental cât şi corporal, activându-se astfel lumea interna, adică acele conţinuturi care pot fi recunoscute şi comunicate în forme expresive adaptate. Una din participantele la studiu sublinia valoarea jocului psihodramatic prin puterea de a fii regizorul propriei vieţi: *„îţi dă voie să te joci în primul rând... îţi dă voie să te joci cu viaţa ta şi s-o aşezi cum vrei tu...ca lucrurile să fie mai uşoare şi să le poţi modela*" (Flavia).

Dintre mecanismele care sunt activate în grupul de psihodramă şi care au capacitatea să declanşeze şi să alimenteze procese psihologice semnificative care produc schimbări în modul de funcţionare al persoanelor fac parte expresivitatea, relaţia interactivă 'eu actor' - 'eu observator', ruperea scenariului şi restructurarea teatrului intern individual (Boria, 2005). Munca psihodramatică a stimulat schimbarea tocmai prin eficienţa cu care a reuşit să producă expresivitatea unei lumi profunde şi ascunse.

Experienţa utilizării unei game cât mai largi de modalităţi expresive a ajutat persoanele să dea o formă mult mai clară şi mai completă a ceea ce vor ele să arate, ajutându-le să-şi recunoască atât zonele întunecate, cât şi aspectele luminoase, caracteristice, specifice modului lor de a fi din întâlnirea cu ceilalţi. Experienţa de a fi un copac încărcat cu zăpadă, descrisă de Otilia a ajutat-o să-şi clarifice lucrurile de care trebuia să se elibereze în viaţa sa. Absorbită de propriile probleme a rămas în *„partea aia întunecată... prinsă şi fără scăpare şi fără putinţa de a ieşi singură"*. În astfel de situaţii Frankl (2009) propunea mutarea privirii în altă parte, „transcenderea de sine" şi a suferinţei prin schimbarea accentului de la sine la ceilalţi. Ceea ce psihodrama i-a oferit Otiliei prin rolul de „spectator" la problemele existenţiale ale colegilor, precum moartea, divorţul, traume din copilărie etc. Suportul afectiv oferit colegilor în aceste situaţii prezentate scenic activează dimensiunea altruistă a persoanei care brusc nu mai este centrul preocupărilor sale. Altruismul şi factorii existenţiali fac parte din lista factorilor curativi în terapia de grup identificaţi în cercetările conduse de Yalom şi echipa sa (Yalom, Leszcz, 2008; Yalom, 2010).

Aici poate fi menţionat şi factorul învăţării interpersonale care favorizează schimbarea în terapie (Yalom, Leszcz, 2008). Grupul a oferit „laboratorul" experienţial în care participanţii au dezvoltat abilităţi de comunicare, autocontrol, luarea deciziilor şi altele. „Învăţarea " în psihodramă este stimulată şi de relaţia interactivă dintre 'eul actor' şi 'eul observator' (Boria, 2005). O persoană poate să funcţioneze într-un mod satisfăcător atunci când Eul actor şi Eul observator reuşesc să se împletească armonios. Metoda psihodramatică mobilizează Eul actor - locul emoţiilor, senzaţiilor, contactului, memoriei afective/corporale - şi apoi Eul observator - care are sarcina de a reflecta, defini, memora şi comunica cu ceilalţi. Eul observator este cel care a reflectat asupra acţiunii scenice şi a rolurilor asumate fie în scene din propria viaţă (ca protagonist), fie în scene din vieţile celorlalţi membri de grup (ca Eu auxiliar) (Boria, 2005), facilitând procesul cunoaşterii şi schimbării personale.

Pe măsură ce s-au deschis mai mult faţă de toate experienţele pe care le-au trăit (iniţial în mediul securizant oferit de grup, apoi prin extindere în viaţa reală), participantele la studiu au văzut şi probat că pot avea încredere tot mai mare în reacţiile lor. Dacă au „simţit" să-şi exprime dezacordul sau furia, au făcut-o şi au constatat că o fac satisfăcător, învăţând să fie în egală măsură receptive la toate celelalte nevoi şi dorinţe ale lor de afecţiune. apartenenţă şi relaţionare. Cu uimire şi satisfacţie realizează apoi *„cât de demne de încredere au fost reacţiile lor interne pentru producerea comportamentului satisfăcător*" (Rogers

2008:271). Ca un corolar au definit natura schimbărilor de la „Eu înainte" la „Eu acum".

Un alt mecanism cu rol în schimbare numit de Boria (2005) „ruperea scenariului" este menţionat de Maria când face referire la *„a redeveni eu, pur si simplu prin a-mi retrăi viaţa mea şi a trăi sentimente şi gânduri şi trăiri ale altor colegi"*. Situaţia psihodramatică în care într-adevăr se produce inevitabil ruperea scenariului şi apare la lumină, cu forţa, în interiorul persoanei un nou adevăr este cea creată prin aplicarea tehnicii inversiunii de rol. Dintre tehnicile psihodramei, inversiunea de rol s-a dovedit a fi una dintre cele mai eficiente conform rezultatelor studiului meta-analitic condus de Kipper şi Ritchie (2003).

La dezvoltarea Ioanei au contribuit identificările proiective şi tehnica oglinzii (Moreno, 2009) care i-au permis să se vadă în ceilalţi şi prin ochii celorlalţi, astfel întâlnindu-se de fapt cu sine. Un grad mai mare de autocunoaştere a fost atins şi menţionat de toate participantele la studiu.

Un efect special al expresivităţii în munca psihodramatică este legat şi de un aspect comun al psihodramei şi al teatrului: ambele se constituie într-o situatie în care *„eşti privit"* când eşti actor şi *„priveşti"* când eşti spectator (Moreno, 2008). Această particularitate „teatrală" a psihodramei, unde este posibil să fii actor şi spectator în mod alternativ, face din exprimarea de sine un fapt „public". Boria (2005) consideră că persoana care se exprimă cu libertate într-un context grupal va trăi o experienţă de esenţă vitală, de „a fi", „a exista". Această experienţă este regăsită la toate participantele la studiu; au ajuns la libertatea de a se exprima liber, „neascuns" în grup, la curajul de a fi „EU". Regăsirea acelui „EU" pierdut în confruntarea cu viaţa şi suferinţa are un efect profund eliberator.

Psihodrama stimulează resursele spontane şi creative cu care fiecare este înzestrat. Moreno (2009) a identificat acest motor interior al schimbărilor intrapsihice şi al deblocării creativităţii ca fiind spontaneitatea. Terapia morenianã în sine este o terapie pozitivă, optimistă care creditează individul ca fiind capabil să-şi îmbunătăţească creator propria viaţă atunci când se eliberează de anxietate, manifestându-se spontan şi intrând în relaţii autentice cu sine şi cu ceilalţi (Boria, 1991).

Analiza şi interpretarea datelor arată că autenticitatea sinelui este esenţa la care au ajuns participantele în urma terapiei, esenţă relevată de lungul şi dificilul proces al actualizării sinelui.

Un numitor comun al acestei experienţe este schimbarea la nivelul unei atitudini de bază, fundamentale: diminuarea sentimentului de vinovăţie, a ruşinii şi anxietăţii. Doar aşa devine apoi posibilă recunoaşterea şi recuperarea acelor „părţi de sine" de mult uitate sau repudiate. În final, ceea ce toate participantele experimentează şi relatează ca fiind esenţial în schimbarea personală este autoacceptarea.

Sentimentul de „regăsire de sine", de întâlnire şi expresie autentică a sinelui este posibil ca urmare a cunoaşterii de sine, a înţelegerii de sine şi în final acceptarea de sine cu toate neajunsurile ei. Pentru participantele la acest studiu, „a accepta" a însemnat mai mult decât „a tolera" şi „a te resemna"; acceptarea incluzând curajul de a se recunoaşte şi accepta ca fiind imperfecte. Aşa cum spunea Andre Cristophe (2009:91) *„Nu vinovat, nu jalnic, ci imperfect!"*.

Discrepanţele faţă de imaginea ideală, sunt tolerate şi acceptate fără să mai determine sentimente de ruşine, anxietate, lipsa valorii ş.a., realitatea ajunge să fie văzută cu mai multă claritate. In final, natura umană începe să fie văzută şi acceptată *„aşa cum este şi nu aşa cum ar prefera ele să fie"* (Maslow 2007:270). Actualizarea şi exprimarea sinelui autentic are drept consecinţe un comportament mai liber, firesc şi spontan, eliberând participantele de o conduită care înainte (înaintea experienţei terapeutice) le cerea un efort susţinut (Maslow, 2007).

Contactul cu şi eliberarea puterii personale a acelui „EU" regăsit reprezintă din perspectiva existenţială una dintre sursele de sens personal. Aceasta este autoactualizarea, credinţa că oamenii trebuie să caute să se autoactualizeze şi să se dedice realizării potenţialului înnăscut (Yalom 2010:505). Este cazul acelor participante care au încheiat terapia cunoscând şi asumându-şi responsabilitatea drumului personal în viaţă. După Martin Seligman (2002, 2011) „fericirea autentică" este o combinaţie a trei elemente: emoţii pozitive, angajamentul în „aici şi acum-ul" fiecărei activităţi (trăirea în prezent) şi sensul vieţii (un sens care transcende propria fiinţă).

6. CONCLUZII

Experienţa psihoterapeutică este una transformatoare; schema de viaţă, văzută ca şi construcţie autobiografică (Thompson, Janigian, 1988) suferă modificări în timpul travaliului psihoterapeutic, în sensul obţinerii sentimentului de control şi finalitate în propria viaţă. Relatările participantelor arată cum treptat îşi construiesc un nou context în care evenimentele trăite devin comprehensibile, iar consecinţele lor pot fi evaluate, devenind astfel un puternic generator de sens (Rime, 2007).

Psihodrama oferă un cadru securizant (grupul şi settingul psihodramatic) şi instrumente concrete (inversiunea de rol, dublul, oglinda etc.) care permit participanţilor să pună corect întrebări fundamentale, să facă alegeri în acord cu un sinele redescoperit şi trăit ca fiind autentic şi să găsească astfel un sens *personal* al propriei vieţi.

Găsirea unui sens, descoperirea unei semnificaţii a propriei experienţe de viaţă, pe de o parte reduc semnele psihologice şi fiziologice ale stresului (Yalom, Leszcz, 2008), iar pe de altă parte aduc valoare vieţii.

Studiul nostru arată cum psihodrama facilitează descoperirea şi trăirea sinelui autentic şi activează resursele de sens, ajutând persoanele să găsească ele însele *„un fir esenţial în absenţa căruia viaţa pare fadă şi absurdă"* (Fanget, 2008). Mai mult, persoanele descoperă şi învaţă că autoacceptarea şi autorealizarea conduc în final nu doar la recunoaşterea vieţii ca fiind în continuă schimbare, ci şi la un nou mod de a se raporta la aceasta.

Recâştigarea valorilor personale de afirmare, lupta individuală de definire a sensului vieţii conduce

treptat spre conturarea unui proiect de viaţă care include schimbarea şi adaptarea superioară la schimbare. Având un proiect, tot ceea ce se întâmplă va avea un sens, chiar şi atunci când sensul nu este pozitiv (Csikszentmihalyi, 2008).

Rezistenţa la schimbare poate fi (şi este astfel) înlocuită cu „îmbrăţişarea schimbării" doar în condiţiile găsirii unui sens şi acordării unei semnificaţii: sensul se dovedeşte însă a nu fi ceva static, ci o *„dinamică ce se tranformă fără încetare"* (Fanget 2008:12), tinzând spre ceea ce Seligman (2011) definea ca fiind „fericirea autentică".

7. BIBLIOGRAFIE

Andre, C. (2009) *Imperfecţi, liberi şi fericiţi. Practici ale stimei de sine.* Editura Trei, Bucureşti.

Boria, G. (2005) Psicoterapia psicodrammatica – Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti. FrancoAngeli, Milano.

Boria, G. (1991). *Spontaneita e incontro nella vita e negli scritti di J.L.Moreno.* Padova: UPSEL.

Csikszentmihlyi, M. (2008) *Flux. Psihologia Fericirii.* Editura Humanitas, Bucureşti.

Dafinoiu, I. (2000) *Elemente de Psihoterapie Integrativă.* Editura Polirom, Iaşi.

Fanget, F. (2008) *Sensul vieţii. Răspunsurile psihologiei pentru a da sens propriei vieţi.* Editura Trei, Bucureşti.

Frankl, V.E. (2009) Omul în căutarea sensului vieţii. Meteor Press, Bucureşti.

Kipper, D.A., Ritchie, T.D (2003) The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice.* Vol.7, No.1, 13-25.

Lambert, M.J. (2010). *Prevetion of treatment failure: the use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice.* American Psychological Association, Washington.

Maslow, A.H. (2007). *Motivaţie şi Personalitate.* Editura Trei, Bucureşti.

Moreno, J.L. (2008). *Povestea vieţii mele.* Editura Trei, Bucureşti.

Moreno, J.L. (2009). *Scrieri fundamentale: despre psihodramă, metoda de grup şi spontaneitate.* Editura Trei, Bucureşti.

Rime, B. (2007). *Comunicarea socială a emoţiilor.* Editura Trei, Bucureşti.

Rogers, C.R. (2008). *A deveni o persoană. Perspectiva unui psihoterapeut.* Editura Trei. Bucureşti.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment.* Free Press, New York.

Seligman, M.E.P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and wellbeing.* Free Press, New York.

Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health, 11*, 261 - 271.

Smith, J., Osborn, M. (2008). Interpretative Phenomenological Analysis. În J. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (2nd ed.). London: Sage Publications.

Thompson, S.C., Janigian, A.S. (1988). Life schemes: A frame-work for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology,7,260-280.*

Yalom, I.D., Leszcz, M. (2008) *Tratat de psihoterapie de grup – Teorie şi practică.* Ed. Trei, Bucureşti.

Yalom, I.D. (2010). *Psihoterapia existenţială.* Bucureşti: Editura Trei.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

STUDIU COMPARATIV PRIVIND SCHEMELE COGNITIVE DEZADAPTATIVE ALE PERSOANELOR CU TULBURARE DEPRESIVA SI PERSOANE NONCLINICE VS. PERSOANE DIAGNOSTICATE CU TULBURARE DE DEPENDENTA ETILICA

[1] CAMELIA MARIA DINDELEGAN, [2] MONIKA MAJOROS GAROFEANU, [3] CRINA TALPOS, [4] FLORINA SERAC POPA
[1] Universitatea din Oradea, dindkamy@yahoo.com, [3] Universitatea din Oradea, crinatalpos@yahoo.com
[2] Majoros Garofeanu Monika – Cabinet Individual de Psihologie; monika.majoros@yahoo.com
[4] Spitalul Clinic Municipal Dr. Gavril Curteanu – Oradea; florina_popa_21@yahoo.com,

REZUMAT: Teoreticienii cognitiv comportamentalisti sustin ca cognitiile unei persoane se bazeaza pe atitudini sau scheme cognitive dezvoltate pe baza unor experiente anterioare.Cognitiile sunt considerate ca fiind cele mai importante legaturi in lantul evenimentelor care duc la tulburari comportamentale sau la disfunctii psihologice. Conform teoriei lui A. Beck, totul depinde de modul in care persoana isi interpreteaza situatia si ii atribuie o semnificatie, pe scurt, totul depinde de schemele cognitive. Cercetarea de fata isi propune evidentierea diferentelor in cea ce priveste schemele cognitive disfunctionale, la persoanele diagnosticate cu toxicodependenta etilica in comparatie cu persoanele depresive si grupul de control(populatie non clinica).
Dimensiunile investigate au fost: deprivare emotionala, abandon,neincredere-incompetenta, vulnerabilitate la rau si la boala, sine nedezvoltat, inhibitie emotionala, standarte nerealiste-hipercriticism, grandiozitate, control insuficient-autodisciplina, cautarea aprobarii-cautarea recunostintei, negativism-pesimism si pedeapsa, in urma comparatiilor, s-a constatat ca intre aceste trei categorii de subiecti exista diferente semnificative.
Cuvinte cheie: Scheme cognitive dezadaptative, Toxicodependenta etilica, Persoane depresive.

1. INTRODUCERE

Una dintre cele mai cunoscute şi frecvent utilizate substanţe cu efect toxic neuropsihic este alcoolul (Enachescu, 2005).

Ledeman (Hoeksema, 1998) a propus ca alcoolismul să fie definit prin prisma a trei factori: deteriorare psihică, comiterea de acte antisociale şi consum excesiv de băuturi alcoolice. Astfel, alcoolicul apare ca o personalitate psihopatică, cu *o tendinţă* generală depresivă, prezentând o alterare generală *a voinţei*, o anumită *imaturitate afectivă* şi uneori cu un *complex de inferioritate* ataşat unei *instabilităţi psihice şi caracteriale*. Anxietatea şi depresia, impulsivitatea, lipsa simţului critic, sunt manifestări ale personalităţii alcoolicului, care după cum spunea Stavros în 1988. aduce persoana la cea mai profundă marcare fizică, fiind evitată de toată lumea până şi de cei mai apropiaţi membrii ai familiei.

Aproximativ 70% din persoanele cu dependenţă de alcool prezintă simptome ale depresiei destul de severe încât să interfereze cu viaţa lor de zi cu zi (Hoecksema,1998). În plus, studiile timpurii asupra istoricului familiilor sugerează că tulburările legate de alcool şi depresia unipolară merg împreună. alcoolismul fiind mai frecvent la rudele de sex masculin şi depresia unipolară mai frecventă la rudele de sex feminin. Aceste rezultate au determinat unii cercetători să afirme că alcoolismul şi depresia sunt înrudite genetic şi că mulţi bărbaţi alcoolici sunt de fapt depresivi, dar că îşi neagă depresia sau că se „tratează" cu alcool .

Depresia reprezintă starea morbidă, mai mult sau mai puţin durabilă, caracterizată îndeosebi de tristeţe şi de o scădere a tonusului şi energiei.

Foarte mulţi pacienţi recunosc depresia ca fiind anterioară consumului de alcool, iar alţii acuză stări depresive secundare consumului cronic de alcool. Teoria cognitivă a lui Beck se bazează pe ipoteza că persoanele depresive interpretează evenimentele, într-un mod distorsionat, neîntemeiat informaţional. iar aceste premise nu confirmă şi nu susţin interpretarea. Teoria cuprinde următoarele elemente explicative: triada cognitivă negativă referitoare la sine, la lume şi la viitor, apariţia automată a gândurilor negative de autoînfrângere şi autodistrugere, distorsiuni cognitive în percepţia şi procesarea informaţiei, presupuneri fundamentale distorsionate, numite scheme cognitive depresogene.

Din psihologia cognitivă, Beck a adoptat constructul teoretic de "*schemă*". Schemele sunt unităţi structurale de informaţii stocate care funcţionează şi la interpretarea noilor experienţe. Acestea funcţionează ca modele cu care noile informaţii sunt comparate şi încorporate. Schemele variază de la reprezentări ale conceptelor simple până la reguli interpretative complexe .

Noţiunea de *schemă cognitivă* a fost utilizată în domeniul clinic, iniţial de Beck pentru a putea explica tendinţa pacientului depresiv de a se menţine în atitudini defetiste, în situaţii de viaţă care nu sunt concordante cu dispoziţia sa negativă. Astfel, schemele cognitive sunt reprezentări stabile. organizate în cursul vieţii, care oferă o bază pentru diferenţierea şi codificarea stimulilor din mediu care acţionează asupra persoanei. Din perspectiva pacientului, schemele cognitive sunt susceptibile să explice reacţiile şi atitudinile diferite faţă de evenimente similare, instituite ca moduri de organizare şi interpretare a experienţei. Edificate pe baza experienţei trecute, schemele cognitive sunt astfel pattern-uri cognitive stabile, tranşante şi net delimitate prin care persoana depresivă interpretează experienţa actuală .

Potrivit teoriei cognitiv-comportamentale, trăirile afective şi comportamentul sunt determinate de felul în care persoana îşi structurează lumea. Cogniţiile unei

persoane se bazează pe atitudini sau scheme dezvoltate pe baza unor experienţe anterioare. Cogniţiile sunt considerate ca cele mai importante legături în lanţul evenimentelor care duc la tulburări comportamentale sau la disfuncţii psihologice. Astfel, gândurile, imaginaţia, perceptele şi alte cogniţii ale unei persoane sunt cele care îi afectează comportamentul. De asemenea, o pondere importantă o au influenţele şi interdependenţa dintre factorii cognitivi, afectivi, sociali, de dezvoltare, biologici şi comportamentali în etiologia şi remedierea psihopatologiei (Powel, 1991, apud. V. Lupu, 2005).

Majoritatea celor care recurg la consumul de alcool o fac din dorinţa, trebuinţa de a avea o stare confortabilă, o stare de bine pe care nu o pot obţine, dar nici menţine altfel, decât în acest mod. Depresivii sunt o categorie importantă dintre consumatori. Un lucru pe care, însă, aceştia, din păcate, nu îl cunosc, este faptul că alcoolul este principalul factor de deprimare la nivelul sistemului nervos şi, deci, practic sporeşte starea de depresie.

Toxicomania este un consum patologic, cronic sau periodic, impulsiv de substanţe care modifică starea afectivă şi / sau de conştiinţă (Tudose, Fl. şi col., 2004). Factorii ce influenţează dependenţa de alcool sunt de natură *biologică*, *psihosocială* (vulnerabilitatea psihologică, stresul, reducerea tensiunii şi întărirea) şi *socioculturală*. Există o interacţiune complexă între vulnerabilitate, familie, mediu şi cultură. Nu s-au găsit însă dovezi în legătură cu existenţa unui anumit tip de personalitate care să fie predictiv pentru alcoolism, dar acesta se asociază cu: tulburările de somatizare, anxietate şi depresie – 2/3 din alcoolici au cel puţin un episod depresiv major în timpul vieţii (Tudose Fl., şi colab., 2002).

Consumul cronic de băuturi alcoolice determină, în primul rând, scăderea funcţiilor superioare de analiză şi a capacităţii de stăpânire (scheme cognitive dezadaptative) asupra pornirilor instinctiv-emoţionale. favorizând astfel apariţia comportamentului aberant.

2. METODOLOGIA CERCETARII

Ipoteza

Persoanele diagnosticate cu toxicodependenţă etilică vor prezenta diferenţe semnificative în ce privesc schemele cognitive disfuncţionale în comparaţie cu persoanele depresive şi grupul de control.

Subiecţii

Subiecţii cuprinşi în studiu sunt în număr de 90 de persoane, dintre care 30 sunt diagnosticaţi cu Toxicodependenţă etilică, 30 de subiecţi sunt diagnosticaţi cu Tulburare depresivă şi 30 au alcătuit lotul de subiecţi nonclinici (lotul de control). Subiecţii care au alcătuit loturile cu patologiile menţionate. se găseau internaţi, în momentul realizării studiului , în Spitalul Clinic de Neuropsihiatrie Oradea, pentru tratament de specialitate.

Variabilele demografice, notate, sunt următoarele :

Diagnosticul – DSM-IV

Vârsta

Sexul

Studii

Vârsta subiecţilor cuprinşi în realizarea studiului se încadra în intervalul de vârstă de 32-65 de ani.

Din punct de vedere al sexului, loturile de subiecţi au fost alcătuite atât din subiecţi de sex masculin, cât şi din subiecţi de sex feminin: lotul de pacienţi etilici au fost alcătuite din 15 bărbaţi, care reprezentau 60 % şi 15 femei, care reprezentau 40 % ; lotul de depresivi au cuprins 15 bărbaţi, reprezentând 40 % şi 15 femei, reprezentând 60 % ; lotul de control a fost constituit din 15 bărbaţi (50 %) şi 15 femei (50 %).

Pregătirea subiecţilor este de nivel mediu, ceea ce implică absolvirea liceului.

Subiecţii din lotul de control nu au avut niciodată pus unul din cele două diagnostice clinice menţionate anterior.

Instrumente utilizate

S-au utilizat următoarele instrumente:

Chestionarul de Depresie Beck (BDI)

Scala Lipsei de Speranţă (BHS)

Chestionarul Young pentru Scheme (YCSQ – forma scurtă)

Scala de depresie Beck (BDI)(21 itemi)

Domeniu de aplicare:

Pentru autori, nota globală a acestui chestionar indică "profunzimea subiectivă a depresiei", care dă o estimare cantitativă a intensităţii simptomatologiei subiective a depresiei.

Scala lipsei de speranţă (BHS)

Această scală măsoară perspectiva subiectului asupra viitorului sau gradul de deznădejde. Un pacient depresiv sau cu potenţial suicidar poate suporta boala sa dacă are speranţe pentru viitor. Când începe să vadă viitorul în termeni total negativi, viaţa devine insuportabilă şi pacientul atinge un risc mare pentru suicid. Acest risc există în special dacă pacientul este depresiv, dar ocazional deznădejdea apare la pacienţii care nu au simptome fizice ale depresiei. (Un factor suplimentar pentru terapeut de a considera dacă pacientul are o natură impulsivă, care poate creşte riscul comportamentului suicidar).

Cotare:

Se acordă 1 punct pentru fiecare item cu următorul răspuns (total maxim = 20):

Semnificaţia scorurilor:

După Beck, fiecare pacient cu încercări de suicid a fost evaluat de către clinicieni după gradul de deznădejde. A fost administrată această scală. Media şi abaterea standard pentru grupurile categorizate de clinicieni după gradul de deznădejde au fost calculate şi a fost notată următoarea tentativă pentru fiecare categorie:

0 - 3 = Nul sau minim

4 – 8 = Uşor sau slab

9-14 = Moderat. Nu prezintă pericol imediat, dar trebuie supravegheat. Situaţia de viaţă este stabilă.

15 + = Sever. Risc suicidar crescut

Beck, Weissman & All (1974) au raportat m = 9,0 şi σ = 6,1 pentru 384 de tentative de suicid.

Greene (1981): m=4.45: σ=3.09 pe populaţia normală (396 de adulţi aleşi întâmplător).

Chestionarul Young pentru scheme (YCSQ) - (forma lungă)

Suportul empiric pentru schema timpurie dezadaptativă

Multe cercetări folosesc forma lungă a Chestionarului Young pentru Scheme (*Young & Brown,1990*), acesta ajungând să fie tradus în mai multe limbi printre care franceză, spaniolă, daneză, turcă, japoneză, finlandeză şi norvegiană.

Prima investigaţie, comprehensivă a proprietăţilor psihometrice ale acesteia, care a fost urmată şi de altele, au fost conduse de Schmidt, Joiner, Young şi Telch (*1995*). Rezultatele acestui studiu au produs coeficienţii alfa pentru fiecare schemă timpurie dezadaptativă ce se întinde de la .83 la .96.şi test-retest coeficienţi de la .50 la .82 în populaţie neclinică. În primul rând, subscalele demonstrează o foarte bună consistenţă internă.

Chestionarul s-a dovedit a avea o bună convergenţă şi validitate discriminatorie în măsurarea distresului psihologic, stima de sine, vulnerabilitate cognitivă la depresie şi simptomatologia tulburărilor de personalitate.

De asemenea s-a demonstrat, pe baza unor studii, faptul că, Chestionarul Young pentru scheme posedă o foarte bună consistenţă internă şi că este factor structurat de primul grad stabil de-a lungul probelor clinice de la două ţări diferite şi pentru diagnostice diferite.

Alte studii au examinat validitatea schemei individuale şi cum se raportează la modelul lui Young. Freeman (*1999*) a explorat utilizarea teoriei schemei lui Young ca un model explicativ pentru procesările cognitive neraţionale, folosind în studiu persoane normale. Aceasta a dovedit că, conform definiţiei, schemele timpurii dezadaptative sunt negative şi disfuncţionale.

Rittenmeyer (*1997)* a examinat convergenţa validităţii domeniilor din schema lui Young cu Inventarul Maslach Burnout (*Maslach & Jackson,1986*), inventar proiectat să taxeze impactul negativ al evenimentelor stresante ale vieţii. El a găsit că două domenii ale schemei *Conectare* şi *Standarde exagerate* corelează puternic cu Scala de Oboseala Emoţională din Inventarul Maslach Burnout.

Deşi Chestionarul Young pentru scheme nu a fost proiectat să măsoare specific tulburările de personalitate din DSM-IV, asociaţii semnificative apar între Schemele Timpurii Dezadaptative şi simptome de tulburări de personalitate (*Schmidt et al.1995*). Scorul total corelează înalt cu scorul total în Chestionarul de Diagnostic al Personalităţii - Revizuit (*Hyler et al.,1987*). În acest studiu, schema de Autocontrol insuficient /Autodisciplină şi Imperfecţiune au asociaţii puternice cu simptome de tulburări de personalitate.

Subscalele care constituie de fapt schemele dezadaptative descrise de Young sunt :

deprivare emoţionala – ED
abandon – AB
neîncredere - abuz – MA
izolare socială - înstrăinare – ŞI
apărare-ruşine – DS
eşec – FA
dependenta-incompetenta – DI
vulnerabilitate la rău şi boala – VU
sine nedezvoltat – EU
inhibitie emoţională – EI
standarde nerealiste- hipercriticism – US
grandiozitate – ET
control insuficient -autodisciplină – IS
căutarea aprobării – căutarea recunoştinţei – AS
negativism - pesimism –NP
pedeapsa – PU

Design

Tabel 1. Design unifactorial intersubiecţi

LOTURI / SCHEME	Alcoolici	Depresivi	Nonclinici
ED			
AB			
MA			
SI			
DS			
FA			
DI			
VU			
EU			
EI			
US			
ET			
IS			
AS			
NP			
PU			

3. REZULTATELE CERCETĂRII ŞI INTERPRETAREA LOR

Rezultatele pentru cele trei loturi privind media si abaterea standard pentru fiecare lot sunt reprezentate mai jos:

Tabel 2. Distributii pe loturi

LOTURI / VARIABILE	ALCOOLICI MEDIA	Ab. std	DEPRESIVI MEDIA	Ab. std	NONCLINICI MEDIA	Ab. std
Deprivare Emoţională ED	18.6667	2.4259	15.8333	2.5608	7.2333	2.1605
abandon AB	16.1333	1.9780	17.1000	3.0212	7.8000	1.8458
Neincredere -Abuz MA	17.2000	2.2652	17.9333	3.2056	9.5333	1.8520
Izolare - Înstrăinare SI	12.5333	2.7258	17.1000	3.2056	11.8667	1.9250
Apărare - Ruşine DS	11.0333	2.5146	16.0333	3.2000	8.5000	1.1064
Eşec FA	13.4333	2.5146	14.3333	3.0775	7.6333	1.5196
Dependenţă Incompetenţă DI	16.4000	3.2360	13.8000	4.7842	10.3667	3.7919
Vulnerabilitate Rău Şi Boală VU	Lal1.73333	3.3930	14.6333	2.8221	6.8667	1.8339
Sine Nedezvoltat EU	18.5339	3.4415	16.0667	3.4234	8.8667	1.8889
Inhibiţie Emoţională EI	17.2667	2.5855	17.6000	4.9382	8.3667	2.3706
Standarde Nerealiste – Hipercriticism US	2.4667	2.0466	15.0000	3.6199	7.0333	1.4259
Grandiozitate ET	15.0667	2.5587	14.93333	2.9353	9.1000	2.3393
Control Insuficient Autodisciplină IS	15.3667	6.5046	12.1667	2.6792	8.6333	2.9643
Căutarea Aprobării Căutarea Recunoştinţei AS	48.3667	4.9304	47.1667	5.6574	25.4000	4.1156
Negativis6.6920M Pesimism NP	34.83333	3.5045	40.6667	3.5655	23.9667	4.3588
Pedeapsa PU	57.8000	5.0200	47.9000	6.6920	27.1333	3.34714
N	30		30		30	

Comparaţii la Chestionarul Young pentru Scheme ale lotului de subiecţi alcoolici, depresivi şi ale grupului de control (nonclinici).

Tabel 3. Comparaţii la subscala DEPRIVARE EMOŢIONALĂ (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Deprivare Emoţională (ED)	F = 186,474	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.000
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele indică diferenţe înalt semnificative (F = 186.474, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative între cele trei categorii de subiecţi: alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici şi depresivii manifestă o intensă deprivare emoţională.
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii au convingerea iraţională că nu vor beneficia de înţelegere, afecţiune sau protecţie din partea persoanelor apropiate lor, fapt ce va predispune la comportamente imprevizibile sau explozive.

Tabel 4. Comparaţii la subscala ABANDON (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Abandon (Ab)	F = 143.067	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.284
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.284
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele indică diferenţe înalt semnificative (F = 143.067, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu abandonul, comparativ cu persoanele nonclinice.
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii au convingerea iraţională că persoanele din jurul lor nu le vor acorda atenţie şi sprijin emoţional deoarece sunt instabile şi imprevizibile emoţional.

Rezultatele (tabelul 5) indică diferenţe înalt semnificative (F = 126.069, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici şi depresivii vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu neîncredere şi abuz, comparativ cu persoanele nonclinice.

Tabel 5. Comparaţii la subscala NEÎNCREDERE - ABUZ (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Neîncredere – Abuz (MA)	F = 126.069	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.460
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.460
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Acest fapt confirmă teoria lui Jeffrey Young cu privire la faptul că alcoolicii manifestă convingerea iraţională că sunt manipulaţi şi se doreşte rănirea şi umilirea lor.

Tabel 6. Comparaţii la subscala IZOLARE - ÎNSTRĂINARE (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Izolare Socială – Înstrăinare (SI)	F = 62.749	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.628
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.628
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele indică diferenţe înalt semnificative (F = 32.749, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici vor prezenta în mai mică măsură gânduri dezadaptative în legătură cu izolarea socială şi înstrăinarea, comparativ cu persoanele depresive.
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute de noi sunt în conformitate cu teoria sa. Convingerea iraţională prezentă la alcoolici este că ceilalţi oameni îi privesc într-un mod aparte, diferit, simţindu-se izolaţi în cadrul grupurilor, sau în comunitate.

Tabel 7. Comparaţii la subscala APĂRARE - RUŞINE (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Apărare – Ruşine (DS)	F = 74.700	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.000
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.000
	Nonclinici	.001
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.001

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele (tabelul 7) indică diferenţe înalt semnificative (F = 74.700, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici vor prezenta în mai mare

măsură gânduri dezadaptative în legătură cu apărare - ruşine, comparativ cu persoanele depresive şi nonclinice.
Rezultatele obţinute indică faptul că alcoolicii se consideră inferiori şi nedemni de iubire în faţa persoanelor semnificative pentru ei, fapt ce îi determină să fie deosebit de sensibili la critică, respingere sau blamare, confirmând şi în acest caz teoria lui J. Young.

Tabel 8. Comparaţii la subscala EŞEC (Chestionarul YCSQ), între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Eşec (FA)	F = 65.739	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.370
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.370
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele din Tabelul 8 indică diferenţe înalt semnificative (F = 65.739, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici şi cei depresivi vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu eşecul comparativ cu persoanele normale.
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu aceasta. Astfel, alcoolicii au convingerea iraţională că dacă au eşuat o dată pe plan social sau personal, negreşit vor mai eşua, ceea ce denotă în opinia lor că sunt lipsiţi de calităţi şi fără succes.

Tabel 9. Comparaţii la subscala DEPENDENŢĂ - INDEPENDENŢĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Dependenţă – Incompetenţă (DI)	F = 45.551	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.285
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.285
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele din tabelul 9 indică diferenţe înalt semnificative (F = 45.551, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici (N = 30), depresivi (N = 30) şi normali (N = 30), rezultând faptul că subiecţii alcoolici şi depresivi vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu dependenţa şi independenţa, comparativ cu subiecţii normali.
Rezultatele sprijină teoria lui J. Young, fiind în conformitate cu aceasta. Persoanele alcoolice cu această schemă consideră în mod eronat că au nevoie în mod imperativ de sprijinul altora pentru a face faţă responsabilităţilor zilnice.

Tabel 10. Comparaţii la subscala VULNERABILITATE LA RĂU ŞI BOALĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Vulnerabilitate la rău şi boală (VU	F = 60.699	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.001
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.001
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

În ce priveşte vulnerabilitatea la rău şi boală (Tabelul 10), rezultatele indică diferenţe semnificative între alcoolici, depresivi şi persoanele nonclinice (F = 60.699, p < 0.01), aceasta dovedind că alcoolicii şi depresivii vor înregistra un nivel mai ridicat al vulnerabilităţii la boală, comparativ cu persoanele nonclinice, dar persoanele alcoolice în mai mică măsură comparativ cu cele depresive .
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii în mod iraţional evaluează catastrofic orice situaţie reală sau potenţială cu care ar putea sau iau contact, gândire ce le va afecta relaţiile interpersonale.

Tabel 11. Comparaţii la subscala SINE NEDEZVOLTAT (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Sine Nedezvoltat (EU)	F = 83.688	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.008
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.008
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele privind sinele, indică diferenţe semnificative (F = 83.688, p < 0.01) între cele trei categorii de subiecţi, rezultând faptul că alcoolicii şi depresivii prezintă în mai mare măsură un sine nedezvoltat în comparaţie cu persoanele normale.Pe baza rezultatelor obţinute, putem afirma că acestea confirmă teoria lui Jeffrey Young. În acest caz, alcoolicii se autoevaluează pe baza convingerii că nu pot exista fără sprijinul altor persoane de care se leagă afectiv într-un mod excesiv, fapt ce indică o dependenţă emoţională al unui sine nedezvoltat.
Rezultatele (tabelul 12) indică diferenţe semnificative (F = 67.282, p < 0.01) în ceea ce privesc schemele dezadaptative ale subiecţilor alcoolici, depresivi şi normali, rezultând faptul că subiecţii alcoolici, dar şi cei depresivi, vor prezenta în mai mare măsură gânduri dezadaptative în legătură cu inhibiţia emoţională, comparativ cu persoanele normale.

Tabel 12. Comparaţii la subscala INHIBIŢIE EMOŢIONALĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Inhibiţie Emoţională (EI)	F = 67.282	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.934
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.934
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii înregistrează o tendinţă exagerată de reprimare şi controlare a stărilor afective spontane din teama de a nu greşi. Ei îşi construiesc reguli rigide cu privire la datorie, performanţă, perfecţionism, atât pentru ei cât şi pentru familie, având impact asupra relaţiilor apropiate.

Tabel 13. Comparaţii la subscala STANDARDE NEREALISTE - HIPERCRITICISM (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Standarde Nerealiste – Hipercriticism (US)	F = 77.158	p < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.001
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.001
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele indică deferenţe semnificative între alcoolici, depresivi şi persoanele nonclinice (F = 77.158, p < 0.01), aceasta dovedind că alcoolicii şi depresivii vor înregistra un nivel ridicat al standardelor nerealiste pe care şi le impun, generând un înalt sentiment de critică, comparativ cu persoanele nonclinice.
Aceste rezultate confirmă şi întăresc teoria lui Jeffrey Young. Astfel, alcoolicii manifestă tendinţa de a-şi impune reguli rigide pentru standarde de comportament sau performanţă în scopul de a evita critica.

Tabel 14. Comparaţii la subscala GRANDIOZITATE (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Grandiozitate (ET)	F = 50.626	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.981
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.981
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

În ce priveşte grandiozitatea, rezultatele indică diferenţe semnificative între alcoolici, depresivi şi persoanele nonclinice (F = 50.626, p < 0.01), aceasta dovedind că alcoolicii vor înregistra cel mai ridicat nivel al grandiozităţii, comparativ cu persoanele depresive şi nonclinice.
Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, alcoolicii se percep pe sine în mod eronat ca având drepturi speciale asupra celorlalţi, fiind în acelaşi timp lipsiţi de empatie sau responsabilitate faţă de cei din jur.

Tabel 15. Comparaţii la subscala CONTROL INSUFICIENT - AUTODISCIPLINĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Control Insuficient–Autodisciplină (IS)	F = 43.932	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.043
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.043
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

Rezultatele indică diferenţe semnificative între alcoolici, depresivi şi persoanele nonclinice (F = 43.932, p < 0.01), aceasta dovedind că alcoolicii şi depresivii vor înregistra un nivel mai scăzut în ceea ce priveşte controlul şi autodisciplina, comparativ cu persoanele nonclinice.
Pe baza rezultatelor obţinute, se poate afirma că acestea sunt conform teoriei lui J. Young, alcoolicii manifestând dificultăţi în a-şi controla manifestările emoţionale impulsive, prezentând rezistenţă scăzută la frustrare în detrimentul realizării performanţelor personale.

Rezultatele privind căutarea aprobării şi a autodisciplinei, indică diferenţe înalt semnificative (F = 205.322, p < 0.001) între cele trei categorii de subiecţi, rezultând faptul că alcoolicii şi depresivii doresc în mai mare măsură aprobarea celorlalţi în comparaţie cu persoanele normale. Făcând trimitere la teoria lui Jeffrey Young, putem afirma că rezultatele obţinute sunt în conformitate cu teoria sa. Astfel, studiul indică faptul că alcoolicii îşi evaluează stima de sine în raport cu reacţiile celor din jur şi nu conform propriilor înclinaţii, manifestând credinţa iraţională că aprobarea, recunoaşterea şi atenţia acestora e mai importantă decât dezvoltarea propriei personalităţi.

Tabel 16. Comparaţii la subscala CĂUTAREA APROBĂRII - AUTODISCIPLINĂ (Chestionarul YCSQ) între subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici.

Căutarea Aprobării–Autodisciplină (As	F = 205.322	P < 0.01
Post Hoc Scheffe		Prag
Alcoolici	Depresivi	.644
	Nonclinici	.000
Depresivi	Alcoolici	.644
	Nonclinici	.000
Nonclinici	Alcoolici	.000
	Depresivi	.000

Notă: semnificativ la p < 0.01

4. CONCLUZII

Prin compararea schemelor cognitive dezadaptative înregistrate la subiecţii alcoolici, depresivi şi nonclinici s-a constatat că între aceste trei categorii de subiecţi există diferenţe semnificative.

Comparaţiile au indicat faptul că alcoolicul se caracterizează prin particularităţi ce descriu o centrare pe aspectele negative ale vieţii, pe sentimente de pierdere şi vinovăţie, care în timp vor degenera în egoism şi indiferenţă faţă de îndeplinirea obligaţiilor personale sau sociale. Odată cu instalarea dependenţei faţă de alcool, bolnavul devine sclavul propriilor sale obişnuinţe învăţate, nemaidistingând clar linia de demarcaţie între comportamentul corect şi cel indezirabil, considerând că " bea ca toată lumea, nu mai mult decât alţii ". Schemele dezadaptative le distorsionează percepţia realităţii împiedicându-i să vadă cauza reală a problemelor cu care se confruntă şi soluţia potrivită la acestea şi în consecinţă, apare înclinaţia spre proiectarea vinei asupra persoanelor din jur şi învinovăţirea acestora pentru propriile eşecuri sau nerealizări. O altă consecinţă este frustrarea care e resimţită, în plan cognitiv-afectiv, ca o stare de criză care dezorganizează bunul mers al instanţelor superioare corticale de comandă ale acţiunilor. În general, răspunsul alcoolicilor la frustrare este agresivitatea manifestată în dorinţa excesivă de a pedepsi. Deasemenea, pentru a face faţă situaţiilor neplăcute cu care se confruntă la un moment dat în viaţă, şi pentru a diminua sau învinge stările emoţionale negative, această categorie de subiecţi va recurge la consumul de paleative, în cazul de faţă la alcool, fapt consemnat ca mecanism de coping orientat spre emoţie, după cum au menţionat teoriile neurofiziologice.

5. BIBLIOGRAFIE

American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mentale, Ediţia a Patra Revizuită – DSM-IV-TR 2000,* Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România Bucureşti.

Cicchetti, D. (2003). *Development and Psychopathology*, Cambridge University Press.

Cornuţiu, G. (1994). *Patologia alcoolica psihiatrica*, Editura Mihai Eminescu Oradea

Dafinoiu, I., Vargha, J.L. (2005). *Psihoterapii scurte - Strategii, metode, tehnici*, Collegium Polirom.

Daniel Combes (1996), *Epopeea vinului,* Institutul European.

Dindelegan, C.M. (2004), *Elemente de psihopatologie şi psihologie clinică.* Editura Universităţii din Oradea.

Don F.Pagano, Ph.D.& Patricia J.Pagano, M.A. (1975), *Cliffs Course Outlines Psychology – An introductory survey including all fundamental topics and concepts,* Cliffs Notes Inc.Lincoln, Nebraska 68501.

Enăchescu, C. (2005). *Tratat de psihopatologie*, Editura Tehnică Bucureşti.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

UTILITATEA AŞTEPTATĂ, COMPARAŢIA SOCIALĂ ŞI DISPONIBILITATEA DE A DONA. O ABORDARE EXPERIMENTALĂ

DENISA TEODORA CĂLIN
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, România, dysa_calin@yahoo.com

ABSTRACT: The present paper is centred on identifying new ways of influencing people's willingness to donate. Based on information obtained from studies which describe particularities of donor's behaviour, for the Romanian population (most recently, Gfk -Verein's study, 2011), the present study attempts to influence people's contributions, by manipulating expected utility and social comparison, as parts of Fishbein and Ajzen's Theory of Reasoned Action. The hypothesis is that expected utility and social comparison determine willingness to donate.
For the present study, we used a factorial, 2x2, double blind experimental design, which included 2 distinct phases: phase I, which consisted of a fake, cover-story, built with the purpose of endowing the participants with a baseline credit, to avoid registering a false 0; and phase II, which is the experimental phase, in which the participants were lead to believe that they were contributing to a charitable association.
What we've found is that both expected utility and social comparison have a positive influence on willingness to pay ($F(1,39)= 5.423$, $p=0.025 < 0.05$, $\eta 2 = 0.122$) and interestingly enough, the two main effects for expected utility ($F(1,39)= 18,197$, $p=0.000 < 0.05$ $\eta 2 =0.318$), and social comparisson ($F(1,39)=8,363$, $p=0.006 < 0.05$ $\eta 2 = 0.177$) seem to provide a better account of the observed influence.
Key words: willingness to donate, social comparison, expected utility, charitable behavior, Theory of Reasoned Action.

1. INTRODUCERE

Cercetarea în domeniul prosocial în România acumulează câteva puncte de vedere deosebit de importante ce converg către existența disponibilității de a acționa prosocial, dar și către rezerva persoanelor vis-à-vis de a oferi bunuri, datorată ambiguității pe care acestea o percep în legătură cu asociațiile caritabile (studiului Asociației pentru Relații Comunitare împreună cu organizația britanică Allavida, 2003; studiul Fundația pentru Dezvoltarea Societății Civile împreună cu Centrul de Sociologie Urbană și Regională din București, 1996, 1998).
Mai mult, în condițiile în care cuantumul donațiilor în România acumulează sume destul de mari (17.683.973 RON - aproape 5.3 milioane de euro pentru anul 2005-2006, conform FDSC și CENTRAS, 2007), disponibilitatea românilor de a dona este marcată de anumite particularități. care duc la o diminuare a contribuțiilor.
Am pornit de la studiul organizației Gfk-Verein (2011), dedicat cercetării de piață pentru sectorul non-profit. Acesta a fost efectuat în 2011 în 14 țări: 13 țări Europene (printre care și România) și SUA .
În mod surprinzător, procentul populației care donează în România este similar cu cel găsit în SUA și în statele dezvoltate ale Europei. Acest aspect este profund îmbucurător, deoarece coroborat cu cercetări efectuate pe populație românească, crează premisele formulării unui studiu pentru a identifica diferite relații cauzale, care pot fi traduse în modalități de influențare a acestui proces.
În mod tradițional, campaniile umanitare care vizează strângerea contribuțiilor mizează pe manipularea componentei afective (declanșarea mecanismelor empatice, simpatia, etc menționăm în această direcție studiul lui Dickert, Sagara și Slovic, 2011), pe mecanismul individualizării (Charness și Gneezy,2008), pe asocierea unei figuri publice cu o cauză și pe sublinierea unei inechități sociale.
Cu toate acestea, o contraindicație frecvent întâlnită în efortul de a antrena persoanele în a dona resurse către scopuri caritabile vizează scepticismul persoanelor vis-à-vis de distribuția corectă a bunurilor donate, cât și legat de destinația finală a resurselor. Această tendință apare și în cadrul populației românești
Reluând particularitățile problemei, vedem că aceasta se pliază pe modelul teoriei acțiunii raționale, (Fishbein și Ajzen), care conține atât elemente ale analizei de tip cost-beneficiu, cât și elemente ale influenței sociale.
Studii ce tratează donațiile din această perspectivă (domeniul medical: Jemmot și Jemmot,1992, Bagozzi, 1981, Stutzer et.al.2011, Ubel, DeKay, Baron et. al., 1996, Wildman, Hollingsworth, 2009; sectorul non-profit: Baron și Szymanska, 2010 etc.) sunt centrate pe analiza alternativelor, unde persoanele evaluează utilitatea fiecărei decizii prin comparația alternativelor.
Realitatea tinde să se interpună acestei posibilități, deoarece includerea alternativelor nu este susținută de raritatea informației de tip cost-beneficiu al tuturor organizațiilor. Acest punct de vedere este susținut și de autori precum Baron și Szymanska(2010).
Ca atare, studiul de față va trata influența utilității așteptate în absența unor alternative, doar prin prezentarea unui singur caz.
În ceea ce privește al doilea aspect al problemei identificate, întrucât se dorește modificarea atitudinii persoanelor, vis-à-vis de solicitările caritabile, observăm că acest lucru vizează înclinația persoanelor de a compara propriile tendințe și opinii, de a căuta clarificarea și de a-și verifica acțiunile, prin raport cu persoane similare. Pornind de la modelul acțiunii raționale, care implică mecanismul comparației sociale, vom face referire la afirmația făcută de către Festinger, în postulatul teoriei comparației sociale, care susține faptul că o valoare atribuită derivă din sentimentul subiectiv ca acea opinie este validă, corectă (Festinger. 1954).

Ea constituie tendința de validare a opiniei proprii și de atribuire a unei valori obținute prin compararea acesteia cu informații obținute despre opinia unui grup perceput ca fiind similar. Ca atare, în studiul de față, așteptarea este că persoanele vor dona mai mult, atunci când sunt confruntate cu informație despre faptul că un număr mare de persoane cu atribute similare a donat. Partenerii de interacțiune sunt veritabile oglinzi sociale... „Comportamentele unuia dintre ei sunt rezultatul și reflectarea fidelă a comportamentelor celuilalt, care la rândul lor sunt determinate într-o anumită măsură de comportamentele primului actor social. În aceste condiții, putem spune că un actor social aflat la un moment dat într-o interacțiune oarecare răspunde în mare măsură propriilor comportamente și acțiuni emise anterior, care au stat inițial la baza conduitei partenerului său social" (Milcu, 2008, pp. 27-28).

În aceste condiții, propunerea studiului nostru este ca, pentru a contracara această situație ambiguă, în încercarea de a influența disponibilitatea de a dona, să se introducă *un al doilea criteriu de evaluare a deciziei* și anume informațiile cu privire la comportamentul persoanelor similare.

Acesta va fi modelul a cărui influență va fi probată în studiul de față.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Studiul își propune să verifice dacă putem determina o creștere a disponibilității de a dona, utilizând modelul acțiunii raționale. Astfel, am urmărit obținerea unui răspuns la întrebările următoare:

Întrebarea 1: În condițiile în care luarea unei decizii, conform teoriei acțiunii raționale, incumbă atât elemente de analiză cost-beneficiu, cât și validări ale opiniei ce urmează mecanismul comparației sociale, ne întrebăm dacă disponibilitatea de a dona diferă în funcție de utilitatea așteptată și comparația socială cu comportamentul semenilor?

Întrebarea 2: Sunt cele două variabile, în sine, un mijloc eficient de a determina o creștere a disponibilității de adona?

Întrebarea 3: În condițiile în care unei persoane nu i se prezintă un set de alternative, ci i se cere să doneze pentru un singur caz, ce influență au utilitatea așteptată și comparația socială?

Pentru a răspunde întrebărilor, am formulat două ***obiective ale studiului*** de față, anume:

O1. Studiul impactului interacțiunii dintre utilitatea așteptată și comparația socială asupra disponibilității de a dona.

O2. Studiul impactului celor 2 variabile, în condițiile în care persoanei i se prezintă doar un singur caz.

2.1. Participanți

Lotul experimental este compus dintr-un număr de 43 de studenți, ai Facultății de Științe Economice din cadrul Unviersității Lucian Blaga din Sibiu.

Participanți au vârste cuprinse între 19 și 23 de ani, unde 81% sunt de sex feminin, 19% de sex masculin.

În etapa preliminară a fost efectuat un studiu pilot.

2.2. Operationalizarea variabilelor

Utilitatea așteptată, în studiul de față, va fi exprimată prin raportul dintre costul personal și beneficiul adus cauzei.

În conformitate cu modelul acțiunii raționale, vom urmări relevarea unui raport de tip cost-beneficiu favorabil, în care utilitatea reală a donației unei persoane va fi derivată din beneficiul produs cauzei caritabile.

Astfel, variabila independentă *utilitate așteptată* este operaționalizată ca fiind: percepția subiectivă a unei valori (Miclea,1999).

Raportul vizează valoarea subiectivă a beneficiului produs, astfel, așteptarea este, ca atunci când persoana decide să doneze, va aloca o sumă mai mare, cu cât beneficiul produs este mai mare, în sensul creșterii utilității.

S-a manipulat informație cu privire la raportul dintre cheltuielile auxiliare și beneficiul efectiv al organizației caritabile, construindu-se două niveluri ale variabilei:

- nivelul 1: utilitate crescută, unde 75% din cuantumul donațiilor este direcționat către cauza pentru care persoanei i se solicită să contribuie, iar 25% sunt reținute de către asociația caritabilă, pentru cheltuieli auxiliare, care nu produc nu beneficiu efectiv.
- nivelul 2: utilitate scăzută, unde 25% din cuantumul donațiilor este direcționat către cauza pentru care persoanei i se solicită să contribuie, iar 75% sunt reținute de către asociația caritabilă.

Nivelurile nu au fost construite a priori, ci modelate după studiul lui Baron și Szymanska (2010).

Comparația socială, în studiul de față, este operaționalizată ca fiind tendința de validare a opiniei cu privire la valoarea beneficiului, prin compararea acesteia cu informații obtinute despre numărul de persoane perceptue ca fiind similare, care au donat pentru cauza respectivă. Este un proces similar celui de comparare cu membrii grupului de apartenență, grup definit ca loc de afirmare și diferențiere a sinelui în procesul comparării cu ceilalți (Milcu, 2008, p. 28).

Participanților le sunt oferite informații cu privire la comportamentul unui grup de persoane, care comportă atribute similare, vis-à-vis de cauza pentru care se solicită donații. Astfel, le sunt oferite informații despre comportamentul prosocial al populației de studenți din care fac parte, indicându-li-se un procent din populație. care a donat cauzei respective.

Nivelurile au fost construite în baza studiului lui James Anderoni și al lui John Karl Scholz (1998), care arată faptul că relevarea unei creșteri de 10% a membrilor grupului de referință duce la cresterea contributiei personale, cât și din studiul lui Bruno Frey și Stephen Meier (2004), unde aceștia manipulează informații cu privire la procentul de studenți care donează.

Astfel, avem două niveluri ale variabilei *comparație socială*, anume:

- nivelul 1: procent crescut de studenți care au donat, respectiv 80%
- nivelul 2: procent scăzut de studenți care au donat, respectiv 20%.

Întrucât din cadrul comportamentului prosocial ne vom referi doar la cantitatea donată, vom numi variabila dependentă: disponibilitatea de a dona (*willingness to donate*).

Termenul este un derivat al *conceptului willingness to pay*, concept important al analizei de tip cost-beneficiu, care desemnează disponibilitatea de a plăti, ce variază

în funcție de utilitatea atribuită (valoarea subiectivă a) unei decizii.
În mod concis, aceasta depinde de valoarea atribuită beneficiului, produs ca rezultat al unei sume alocate.
Variabila dependentă reprezintă suma de bani pe care o persoană declară că este dispusă să o doneze.
Va fi măsurată pe scală de raport, prin înregistrarea sumei donate de către fiecare participant.

2.3. Design-ul studiului

Designul utilizat a fost design-ul experimental bifactorial, double blind, cu grupuri independente.
Luând în considerare variabilele experimentale și modalitățile acestora, avem 4 condiții experimentale, ca atare vom avea 4 grupuri (Tabelul.1):
Grupul 1 – va fi supus condiției utilitate crescută, comparație socială crescută (u+c+)
Grupul 2 – va fi supus condiției utilitate crescută, comparație socială scăzută (u+c-)
Grupul 3 – va fi supus condiției utilitate scăzută, comparație socială crescută (u-c+)
Grupul 4 – va fi supus condiției utilitate scăzută, comparație socială scăzută (u-c-)
Grupurile au fost codate după cum urmează: 1til+com+; 2til+com- ; 3til-com+ ; 4til-com-

Tabelul 1. Schema design-ului experimental

	Comparație socială -Crescut-	Comparație socială -scăzut-
Utilitate -Crescut-	++	+-
Utilitate -scazut-	- +	--

2.4. Ipoteza

- *Ipoteză generală* a studiului pornește de la prezumția că utilitatea așteptată și comparația socială influențează în mod pozitiv disponibilitatea de a dona, atrăgând după sine o creștere a sumei donației.
- *Ipoteza specifică*, cea cu care vom lucra, supunând-o procedeului de confirmare este următoarea:
Daca beneficiul adus cauzei și numărul donatiilor persoanelor cu atribute similare cresc, atunci crește disponibilitatea de a dona.
Procedura include două faze: faza I, care reprezintă cover story-ul (al cărui scop era acela de a oferi participanților un nivel minim, constant de resurse financiare, pentru a evita înregistrarea unui fals 0) și faza a II-a, cea experimentală, în care participanții au fost rugați să doneze unei asociații. ce comportă caracteristici ale celor 2 variabile.

3. REZULTATELE STUDIULUI

Pentru studiul de față am utilizat ANOVA factorială, pentru eșantioane independente, dorind să testăm variația mediilor a 4 grupuri independente, pentru a verifica ipoteza conform căreia factorii utilitate așteptată și comparație socială influențează disponibilitatea de a dona.
Datele au fost prelucrate utilizând programul IBM SPSS STATISTICS for WINDOWS v. 20.0.
Tabelul de mai jos (Tabelul. 2) sintetizează mediile variabilei dependente. Variațiile care depășesc limitele intervalului de încredere de 2.829 – 4.167 vor fi semnificative din punct de vefere statistic

Tabelul 2. Variațiile mediei generale aferente variabilei dependente

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
3.498	.331	2.829	4.167

Tabelul următor (Tabelul 3) ne arată diferența mediilor înregistrate în cele 4 grupuri experimentale.
Putem observa faptul că există o diferență între media disponibilității de a dona aferentă celor 4 condiții experimentale, unde observăm că mediile grupurilor variază.
În condițiile în care s-au respectat cerințele pentru aplicarea procedurii ANOVA, iar sursele confundate de variație exterioare au fost controlate, putem afirma că aceste variații sun cauzate de manipularea variabilelor experimentale.

Tabelul 3. Mediile și abaterile standard a celor 4 grupuri experimentale

Utilitatea asteptata	Comparatie sociala	Mean	Std. Deviation	N
crescuta	procent mare	6.64	3.107	11
	procent mic	3.18	1.834	11
	Total	4.91	3.054	22
scazuta	procent mare	2.27	1.679	11
	procent mic	1.90	1.663	10
	Total	2.10	1.640	21
Total	procent mare	4.45	3.306	22
	procent mic	2.57	1.832	21
	Total	3.53	2.823	43

Astfel, pentru grupul în care s-au utilizat nivelurile maxime ale celor două variabile (grupul 1, condiție utilitate crescută și procent mare de persoane) observăm că media donației este de 6.64, în vreme ce pentru grupul care s-a încadrat în condiția scăzută (grupul 4, cu utilitatea așteptată scăzută și procent mic de persoane) observăm faptul că media este de 1.90.
Mediile grupurilor aferente condițiilor mixte ne arată faptul că utilitatea așteptată atrage după sine o valoare mai mare decât comparația socială, obținându-se pentru grupul 2 (utilitate crescută, comparație socială cu un procent mic de persoane) o medie de 3.18, iar pentru grupul 3 (utilitate scăzută, comparație socială cu un procent mare de persoane) o medie de 2.27.
În graficul de mai jos (Fig.1), avem ilustrată variația disponibilității de a dona în funcție de variația utilității așteptate și a comparației sociale.
Observăm faptul că cele două drepte nu sunt paralele. ceea ce înseamnă că există posibilitatea unei interacțiuni.

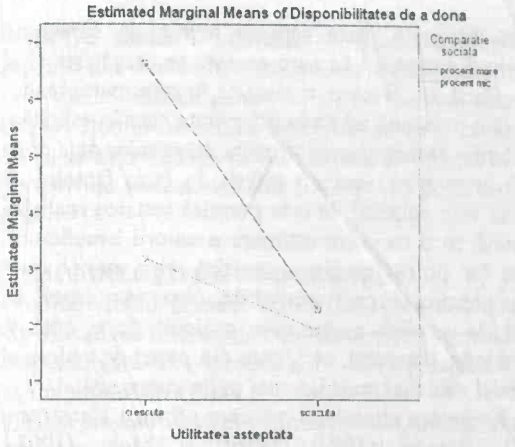


Figura 1. Influența interacțiunii dintre utilitatea așteptată și comparația socială asupra disponibilității de a dona

Pentru a verifica semnificația rezultatelor obținute, vom prezenta și analiza rezultatele analizei de varianță.
Tabelul următor (Tabelul 4) reprezintă testul F, în tabelul sumar ANOVA two-way. El ne prezintă informații despre diferențele înregistrate în variația disponibilității de a dona, provocate de utilitatea așteptată și comparația socială, cât și despre semnificația statistică a acestora.

Tabelul 4. Tabelul sumar ANOVA bifactorial

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	151.434[a]	3	50.478	10.742	.000
Intercept	525.171	1	525.171	111.761	.000
utilitatea.asteptata	85.508	1	85.508	18.197	.000
comparatie.sociala	39.300	1	39.300	8.363	.006
utilitatea.asteptata* comparatie.sociala	25.481	1	25.481	5.423	.025
Error	183.264	39	4.699		
Total	872.000	43			
Corrected Total	334.698	42			

Rezultatele indică faptul că avem o diferență semnificativă statistic, între mediile celor 4 niveluri, aferente variabilelor experimentale
Din analiza datelor se observă că din cele trei raporturi F calculate, toate cele 3 sunt semnificative statistic, având F pentru intercațiunea celor două(1,39)= 5.42 , p=0.025 < 0.05, F pentru utilitate așteptată(1,39)= 18.19, p=0.000 < 0.01 și. F pentru comparație socială(1,39)= 8.36, p=0.006, <0.05
Rezultatele arată că există o diferență statistic semnificativă, între mediile variațiilor grupurilor experimentale, unde avem un rezultat semnificativ statistic al interacțiunii celor 2 variabile, dar se observă că acesta este mai mic decât rezultate obținute pentru cele 2 efecte principale semnificative, cel al utilității așteptate și al comparației sociale,.
Pentru a stabili mărimea raportului am calculat doi indici ai mărimii efectului: coeficientul Eta pătrat $\eta 2$ și indicele Cohen *f*. Cele două desemnează magnitudinea variației.
Tabelul următor ne prezintă informații cu privire la mărimea efectului. Aici avem coeficientul Eta pătrat și indicele puterii statistice a manipulării efectuate.
Urmărind Tabelul 5, observăm că am obținut $\eta 2$=0.122 pentru interacțiune, $\eta 2$ pentru utilitate așteptată=0.318 și pentru comparație socială $\eta 2$= 0.177.

Tabelul 5. Coeficientul $\eta 2$ și puterea statistică a testului

Source	Partial Eta Squared	Noncent. Parameter	Observed Power
Corrected Model	.452[a]	32.226	.998
Intercept	.741	111.761	1.000
utilitatea.asteptata	.318	18.197	.986
comparatie.sociala	.177	8.363	.805
utilitatea.asteptata * comparatie.sociala	.122	5.423	.622

Computed using alpha = .05

Totodată, din tabelul de mai sus, putem analiza puterea statistică de a detecta existența efectului. Acest calcul este important, deoarece vizează validitatea internă a concluziilor extrase.
Pragul ales pentru testarea ipotezei nule este de 0.05.
Eroarea de tip II este complementară cu puterea statistică. Astfel, observăm faptul că pentru interacțiune se înregistrează cea mai mică valoare, 0.622 (β=0.378), pentru utilitatea așteptată obținem cel mai mare indice al puterii statistice, 0.986 – (β = 0.014), iar pentru comparația socială 0.805 (β=0.195)
În continuare, am calculat indicele de diferență Cohen, după formula:

$$f = \sqrt{\frac{\eta 2}{1 - \eta 2}}$$

Am obținut următoarele rezultate:

-pentru interacțiunea celor două variabile:

$$f_{interactiune} = \sqrt{\frac{0.122}{1 - 0.122}} = 0.372$$

- pentru variabila utilitate așteptată:

$$f_{utilitate} = \sqrt{\frac{0.318}{1 - 0.318}} = 0.682$$

- pentru variabila comparația socială:

$$f_{comparatie} = \sqrt{\frac{0.177}{1 - 0.177}} = 0.463$$

3. CONCLUZII

Rezultatele studiului indică faptul că în contextul donațiilor, unde nu este implicată algerea dintre mai multe alternative cu potențial crescut de risc, efectul celor două variabile rămâne stabil, putându-se formula predicții asupra comportamentului.
S-a demonstrat faptul că cele două variabile independente luate în discuție aici duc la o creștere a disponibilității de a dona.

S-a observat că dintre efectele principale ale celor doi factori, utilitatea așteptată are o pondere mai mare decât tendința de conformare la majoritatea invocată. Acest aspect vizează ponderea relativă a acestor componente, unde termenul relativ ne informează asupra faptului că ele sunt dinamice și nu prestabilite. Ponderea lor în estimarea sumei ce va fi donată poate fluctua, neputând fi vorba de o ordine, sau după cum afirmă colegii care tratează comportamentul economic, de o preferință.

Rezultatele obținute de către studiul prezent confirmă așteptările teoriei acțiunii raționale, care stipulează faptul că, deși cele două componente (cea rațională și normativă) nu se exclud reciproc, acestea tind să ocupe o pondere mai mare, în diferite circumstanțe. Astfel, așteptarea este că în funcție de un set de coordonate atribuite problemei, inteția de a acționa va fi definită preponderent de influența unuia dintre cei doi factori. Acesta este cazul și aici, am pus în evidență faptul că, deși utilitatea așteptată și comparația socială împreună produc un efect asupra disponibilității de a dona, cele două au efect semnificativ în mod individual asupra disponibilității de a dona.

În această direcție, rezultatul obținut pentru interacțiunea celor două pare să sugereze același lucru, anume că ele produc un efect semnificativ luate separat, astfel încât efectul interacțiunii este discutabil.

O primă contribuție o vom considera extensia teoriei acțiunii raționale (utilizată în mod tradițional, preponderent în studii de marketing) asupra comportamentului prosocial. Acest lucru demonstrează faptul că o viziune canonică, exclusivistă impietează identificarea de noi metode de stimulare a comportamentelor prosociale. Studiul aduce o contribuție în sensul depășirii acestei limite, identificând aceste două surse de influență, atipice (din punct de vedere strict teoretic) pentru domeniul donațiilor.

Astfel, observăm că în momentul în care cineva solicită donații, decidenții vor fi sensibili la beneficiul pe care ei îl provoacă respectivei cauze, cât și la opinia altor persoane, fie ea explicită sau, cum a fost tratată în studiul prezent, implicită, cu privire la respectivul comportament. Asta înseamnă că și în actele de caritate decizia de a dona este mediată de raționamentul maximizării utilității și cel al acordului cu norma unui grup sau a unor persoane.

Rezultatele obținute de către noi sunt similare cu cele ale lui Ubel, DeKay, Baron et al (1996), care demonstrează că persoanele tind să doneze în direcția maximizării utilității, unde aceștia au ales să ofere resurse preponderent unui grup cu șanse mai mari de satisfacere a acestui scop (grupul cu 80% șansă).

În ceea ce privește comparația socială, observăm faptul că persoanele sunt mai degrabă înclinate să doneze, atunci când le este relevat comportamentul semenilor lor. „Astfel, cei doi actori sociali implicați în interacțiune își oferă reciproc un ansamblu de sancțiuni și recompense, permițând finalmente reglarea, ajustarea comportamentelor emise unul față de celălalt" (Milcu. 2008, p. 28).

Creșterea apare, conform teoriei mecanismului comparației sociale, în contextul în care o solicitare pentru a dona este marcată de ambiguitate. Acest lucru vizează în mare parte aspecte legate de caracterul mijlocit al ajutorului pe care aceasta se pregătește să îl ofere. Dacă am fi creat o situație în care participanții observă o persoană aflată în dificultate care le solicită o contribuție, atunci disponibilitatea dumnealor de a dona s-ar fi comportat oarecum diferit, în baza faptului că acel caz este palpabil, le este permisă testarea realității împreună cu o oarecare estimare a valorii beneficiului produs (ar putea înregistra reacția). Ori, atunci când vorbim despre asociații caritabile, observăm faptul că scopul de a oferi ajutor este mijlocit de o entitate (organizație, persoană, etc), care din punct de vedere al persoanei este mai mult sau mai puțin cunoscută.

Într-o asemenea situație, după cum afirmau Hansmann (1980), Wenzel (1994), Webb și Mohr (1998), ambiguitatea care marchează disponibilitatea de a dona poate fi contracarată prin prezentarea unui număr de persoane cu atribute similare, care au ales să doneze pentru asociația respectivă. Creșterea valorii donate este rezultanta comparării informațiilor cu privire la comportamentul majorității, fiind interpretat ca și feedback pentru alegerea personală. Din rezultatele studiului, coroborate cu rezultatele studiilor similare, observăm faptul că tendința persoanelor de a-și modifica disponibilitatea de a dona, pentru a fi în acord cu comportamentul majorității se conservă și atunci când vorbim despre donații. Acest aspect este în acord și cu descoperirea lui King (1975), care subliniază faptul că persoanele caută să obțină clarificare cu privire la propriul comportament, în momentul în care sunt puși în fața unei situații incerte.

Obținerea unei valori mai mici decât în cazul utilității așteptate apare datorită faptului că persoanele nu sunt predispuse invariabil la a se conforma unei opinii generale, ci acest lucru este mediat de motivația lor (Fishbein și Ajzen, 1975).

Croson și Shang (2008) atrag atenți asupra aceluiaș aspect, unde modificarea apare, într-adevăr, dar fluctuează în funcție de antecedentele personale cu asociații caritabile.

În ceea ce privește studiile efectuate în România, revenim la raportul celor de la GfK și constatăm faptul că manipularea propusă atrage într-adevăr o creștere a contribuției personale, peste limita inferioară a mediei donațiilor, având în grupul aferent manipulării puternice a ambelor variabile, valori care baleiază de la minim 5 la maxim 12 lei.

Totodată, așa cum notează și studiul efectuat de către FDSC (România, 1996), scepticismul vis-à-vis de asociații caritabile duce la o scădere a contribuției personale. Studiul de față produce rezultate care demonstrează faptul că prin manipularea utilității așteptate și a informației cu privire la comportamentul persoanelor similare oferă posibilitatea ca acesta să fie depășit. Studiul a fost condus în interiorul instituției în care participanții studiază, astfel, cunoștiințe despre faptul că un procent dintre colegi au oferit asociației caritabile respective a creat premisa ca acestea să evalueze în mod favorabil contribuția proprie și să atragă după sine o creștere a contribuției personale.

Studiul actual face un pas în depășirea prezumției că persoanele fac o evaluare corectă a probabilității de a produce un beneficiu mai mare prin raport cu

alternative similare (utilizată în mod tradiţional în donaţiile din domeniul medical, ce vizează distribuţia unor resurse limitate pentru un număr net mai mare de cazuri). Studiul ne indică posibilitatea de a utiliza cu succes această metodă de influenţă şi în situaţia în care alternativele persoanelor sunt limitate la a dona sau a nu dona.

4. NOI DIRECŢII DE CERCETARE

Prezentul studiu permite trasarea câtorva noi direcţii, care vor aduce informaţii utile domeniului de studiu al comportamentului prosocial, cu precădere al disponibilităţii de a dona.

O primă direcţie vizează extinderea studiului la un grup heterogen, reprezentativ, unde particularităţi precum sex, vârstă, venituri diferite, categorii sociale diferite, etc. Pot fi randomizate, stratificate pentru a obţine o imagine de ansamblu asupra tendinţei unei populaţii.

O a doua direcţie, vizează formularea unui studiu experimental care vizează doar variabila utilitate aşteptată, constatându-se faptul că aceasta a avut un impact mai mare asupra disponibilităţii de a dona. În cadrul acestuia s-ar putea opta pentru clarificarea utilităţii, prin invocarea unor elemente palpabile pentru a explica impactul produs de către costurile donatorilor (bunuri achiziţionate, număr de persoane ajutate, etc).

O a treia sugestie este formularea unui studiu care vizează motivaţia persoanelor de a se conforma la comportamentul prosocial al altor persoane. Acest lucru ar permite rafinarea unor metode de influenţă a diponibilităţii de a dona.

A patra sugestie vizează posibilitaea studierii celor două variabile în cadrul unui studiu mixt, care ne permite acces la un volum mai amplu, mai complex de informaţie cu privire la impactul utilităţii aşteptate şi al comparaţiei sociale asupra disponibilităţii de a dona.

O a cincea sugestie, merge în direcţia studiului amănunţit al analizei influenţei celor doi factori, unul asupra celuilalt. S-ar putea verifica aici dacă una dintre ele este formată cu precădere în raport cu cealaltă. O bănuială personală este aceea că, în atribuirea unei valori beneficiului pe care persoanele îl provoacă, ponderea comparaţiei sociale este mai mare decât relevată în prezentul studiu. S-ar putea formula astfel un studiu care să vizeze modul în care fluctuează opinia despre beneficiul adus organizaţiei caritabile determinată de variaţia influenţei sociale.

5. LIMITE ALE STUDIULUI

a. Participanţii incluşi aparţin unei singure categorii, studenţi, aceştia dispunând de venituri limitate, fiind în mare măsură dependenţi de alte surse de venit (ex: părinţi, aparţinători legali, etc).

b. Participanţii fac toţi parte din aceeaşi categorie de vârstă (19-23 de ani), neavând un eşantion diversificat, care ne-ar permite să formulăm predicţii şi pentru alte categorii.

c. O altă limită potenţială, ar putea fi faptul că participanţii sunt cu toţii studenţi ai Facultăţii de Ştiinţe Economice. Ca atare, neavând un lot compus din stundenţi ai mai multor specializări, acest aspect comportă o limită a studiului. Totodată, există posibilitatea ca raportul de tip cost-beneficiu să fi avut aici o pondere semnificativă, datorită faptului că acest tip de analiză le este familiar şi o pot considera ca având o pondere mai mare decât comparaţia socială, strict prin prisma specializării.

6. BIBLIOGRAFIE

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1973). Attitudinal and Normative Variables as Predictors of Specific Behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 41-57.

Alpizar, F., Carlsson, F., Olof, J.S. (2008). Anonymity, reciprocity, and conformity: Evidence from voluntary contributions to a national park in Costa Rica. *Journal of Public Economics* 92, 1047-1060.

Andreoni, J. (1998). Toward a Theory of Charitable Fund-Raising. *Journal of Political Economy*, 106,1186-1213. Chcago: University of Chicago Press.

Anderoni, J., Scholtz, J.K. (1998). An econometric anaşysis of charitable giving with independent preferences. *Economic Inquiry*, 36, 410-426.

Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on african american college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 113-125.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.

Asociaţia pentru Relaţii Comunitare, Allavida (2003). Tendinţe ale comportamentului filantropic în România: donatori individuali şi companii, *ARC, Allavida*, Cluj-Napoca.

Bagozzi, R..P. (1981). Attitudes, intentions, and behavior: A test of some key hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(4), 607-627.

Baron, J., & Szymanska, E. (2010). Heuristics and biases in charity. *The science of giving: Expe.imental approaches to the study of charity* 215–236. NY: Taylor and Francis

Batson, C.D.,Shaw, L.L. (1991). Evidence for altruism: toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*, 2, 107-122.

Batson, C.D., & Weeks, J.L. (1996). Mood effects of unsuccessful helping: another test of the empathy-altruism hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 148–157.

Batson, C.,D. (1998). Altruism and prosocial behavior. *The Handbook of Social Psychology, 4th ed*, 2, 282–316. NY: McGraw-Hill.

Bhat, C. R,.& Koppelman, F. S. (1999). A retrospective and prospective survey of time-use research. *Transportation*, 26(2), 119-139.

Burnstein, E., Crandall, C., & Kitayama, S. (1994). Some neo-Darwinian rules for altruism: Weighing cues for inclusive fitness as a function of the biological importance of the decision. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 773-789.

Charness, G., Gneezy, U. (2008). What's in a name? Anonimity and social distance in dictator and ultimatum games. *Journal of economic behavior & organization*, 68, 29-35.

Chelcea, S. (1996). Psihologie socială. Aspecte contemporane. 444-459, Iaşi: Polirom.

Chen, Y., Harper, M., Konstan, J., & Li, X, (2010). [2008] Social Comparisons and Contributions to Online Communities: A Field Experiment on MovieLens. *American Economic Review*, 4, 100-151.

Cialdini, R. B., Brown, S.L., Lewis B.P., Luce, C., & Neuberg, S.,L. (1997). Reinterpreting the empathy-altruism relationship: when one into one equals oneness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 481-494.

Cohen, D. (1967). Optimising reproduction to a randomly varying environment when a correlation may exist between the conditions at the time a choice has to be made and the subsequent outcomes. *Journal of Theoretical Biology*, 16, 1-14.

Departamentul integrat de comunicații și marketing al Universității Lucian Blaga Sibiu (2012) Studiul privind profilul studenților din cadrul ULBS anul 2011-2012 http://www.ulbsibiu.ro/ro/universitate/publ_interne/documente/raport-profilul-studentilor_2011-2012.pdf, accesat în data de 2.06.2012, ora 14:23.

Desmet, P.,& Feinberg, F.M. (2003). Ask and ye shall receive: The efect of the appeals scale on consumer donation behavior. *Journal of Economic Psychology*, 24, 349–376.

Dickert, S., Sagara, N., & Slovic, P. (2011). Affective motivations to help others: A two-stage model of donation decisions. *Journal of Behavioral Decision Making*, 24, 361–376.

Dovidio, J. F. (1984) Helping behavior and altruism: an empirical and conceptual overview. *Advances in Experimental Social Psychology*, 17, 361–427. NY: Academic.

Dovidio, J.F., Piliavin, J.A., Gaertner, S.L., Schroeder, D.A.,& Clark, R.D. (1991). The arousal. Cost-reward model and the process of intervention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, 86–118, CA: Sage, Newbury Park.

Dovidio, J.F., & Penner, L.A. (2001). Helping and altruism. *International Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes*, 162–195, Oxford: Blackwell Sci.

Ebeling, F., Feldhaus, C., & Fendrich, J. (2012). Fllow the leader or follow anyone-evidence form a natural field experiment *Working Paper Cologne Graduate School in Management, Economics and Social Sciences.*

Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1987). The relation of empathy to prosocial and related behaviors. *Psychological Bulletin*, 101(1), 91-119.

FDSC, CENTRAS (2007). Analiza mecanismelor de finanțare directă de la bugetul de stat pentru organizații neguvernamentale în România http://www.fdsc.ro/documente/15.pdf, accesat în data de 25.05.2012, ora 23: 41.

Festinger, L. (1954). A Theory of Social Comparison Processes. Human Relations, 7, 117-140.

Fischbacher, U., Gachter, S., & Fehr, E. (2001). Are people conditionally cooperative? Evidence from a public goods experiment. *Economic Letters*. 71. 397-404.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. NY: Pearson Addison-Wesley Publishing Company Inc.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1981). Attitudes and voting behavior: An application of the theory of reasoned action. *Progress in Applied Social Psychology,*. I,.253-313. London: Wiley.

Frey BS, & Meier S. (2004). Prosocial Behavior in a Natural Setting. *Journal of Economic Behavior & Organization,* 54, 65-88.

Gfk Verein (2011). International survey on the topic of charity and donations http://www.gfk-verein.de/files/pm_gfk_verein_charity_eng_fin.pdf accesat în data de 24.05.2012, ora 18:42.

King, S.W. (1975) Communication and social influence. 12-43. NY: Pearson Addison-Wesley Publishing Company Inc.

Schwartz-Shea, P., & Simmons, R. T. (1991). Egoism, parochialism, and universalism. *Rationality and Society*, 3, 106–132.

Hansmann, H.B. (1980). The role of nonprofit enterprise. *Yale Law Journal,* 89, 834-902.

Henrich, J., Boyd, R., Bowles, S., Camerer, C., Fehr, E., Gintis, H., & McElreath, R. (2001). In search of homo economicus: Behavioral experiments in 15 small-scale societies. *American Economic Review*, 73–78.

Heldt, T. (2005) Conditional cooperation in the field: cross-country skiers' behavior in Sweeden, Working Paper. Dalarna University College.

Hoffman, E., McCabe, K., & Smith, V.L. (1996). Social Distance and Other-Regarding Behavior in Dictator Games. *American Economic Review*, 86, 653-660.

Hornstein, H. A, LaKind, E., Frankel, & G., Manne, S. (1975). Effects of knowledge about remote social events on prosocial behavior, social conception, and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32(6), 1038-1046.

Jemmott, J.B, Jemmott, L.S, & Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health* 82, 372-377.

Karlan, D., & McConnell, M.A.. (2012). Hey Look at Me: The Effect of Giving Circles on Giving, *Working Papers* Economic Growth Center, Yale University.

Lockwood, P., & Kunda, Z. (1997). Superstars and me: Predicting the impact of role models on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73. 91–103.

Martin, R., & Randal, J. (2008). How is donation behaviour affected by the donations of others? *Journal of Economic Behavior & Organization,* 67, 228–238.

Maxwell, S. E., & Delaney, H. D. (2004). Designing experiments and analysing data: A model comparison perspective, 2nd ed.. 110-114, NJ: Erlbaum & Associates, Inc.

McDougall, W (1908). Introduction to social psychology. 209-227. London: Methuen & Co.

Miclea, M. (1999). Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale. Iași: Polirom.

Milcu, M. (2008). *Psihologia relațiilor interpersonale. Competiție și conflict*, Ed. Polirom, Iași.

Omoto AM, & Snyder, M. (1995). Sustained helping service, and perceived attitude change among AIDS

volunteers. *Journal of Personality and Social Psychol,* 68:671–687.

Piliavin, J.A., Callero, P., & Evans, D.,E. (1982) Addiction to altruism? Opponent-process theory and habitual blood donation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1200-1213.

Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., & Clark, R. D. (1981). Emergency intervention.. NY: Academic press.

Sava, F. (2004), Analiza datelor în cercetarea psihologică. Metode statistice complementare. 107-112. ClujNapoca: ASCR.

Săulean, D., (1999) Sursele sociale ale vieţii asociative şi filantropiei în contextul tranziţiei www.fdsc.ro/documente/22.pdf - accesat în data de 14.07.2012, ora 01:17.

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1988). A model of behavioral selfregulation: Translating intention into action. *Advances in experimental social psychology,* 21, 303-346. New York: Academic Press.

Schelling, T.C. (1968). The Life you Save may be your own. *Problems in Public Expenditure Analysis.* 127-162. Washington DC: The Brookings Institute,.

Schwartz-Shea, P., & Simmons, R. T. (1991). Egoism, parochialism, and universalism. *Rationality and Society*, 3, 106–132.

Schwartz, S.H. (1973). Normative explanations of helping behavior: a critique, proposal, and empirical test. *Journal of Experimental Social Psychology,* 9, 349-64.

Schwartz, S.H., & Howard, J.A. (1982). Helping and cooperation: a self-based motivational model. *Cooperation and Helping Behavior: Theories and Research,* 327–353. NY: Academic Press.

Shang, J., & Croson., R. (2006). The impact of social comparisons on nonprofit fundraising. *Research in Experimental Economics,* 11, 143-156.

Soetevent, A. R. (2005). Anonymity in giving in a natural context--a field experiment in 30 churches. *Journal of Public Economics*, 89, 2301-2323. London: Elsevier.

Soyer, E., & Hogarth,R.M. (2011) The size and distribution of donations: Effects of number of recipients. *Judgment and Decision Making*, 6(7), 616–628.

Stutzer, A., Goette, L, & Zehnder, M. (2011). Active decisions and prosocial behavior: a field experiment on blood donation. *Economic Journal*, 121(556), 476-493. UK: Royal Economic Society.

Suls, J., Martin, R., & Wheeler, L. (2002). Social comparison: Why, with whom, and with what effect. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 159-163.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). Using Multivariate Statistics, 5th edition. 54, NJ: Pearson Allyn & Bacon, Upper Saddle River

Tajfel, H. (1981). Human groups and social categories. 136-141. Cambridge: Cambridge University Press

Thorne, E. (2006). The Economics of organ transplantation. *Handbook of the Economics of giving, Altruism and Reciprocity*, 2, 1336-1372.

Ubel, P. A., DeKay, M. L., Baron, J., & Asch, D. A. (1996). Public preferences for efficiency and racial equity in kidney transplant allocation decisions. *Transplantation Proceedings*, 28, 2997-3002.

Webb, J.D., & Mohr, L.A. (1998). A typology of customers responses to Cause Related Marketing: From skeptics to socially concerned. *Journal of Public Policy and Marketing*, 17, 226-239.

Wenzel, M. (2004). The social side of sanctions: Personal and social norms as moderators of deterrence. *Law and Human Behavior,* 28, 547-567.

Wildman, J., Hollingsworth, B. (2009). Blood donation and the nature of altruism. *Journal of Health Economics*, 28(2), 492-503.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA

RELAŢIA DINTRE TEMPERAMENT ŞI EVENIMENTELE AMINTITE. CERCETARE-PILOT

CELESTINA DOLCESCU BOLDI
Facultatea de Psihologie, Universitatea Hyperion, Bucureşti, România, celestina_boldi@yahoo.com

ABSTRACT: The research is highlighting the relationship between Eysenk's temperamental traits (extraversion – introversion) and the emotional charge of the recalled events. The interest in this subject is due to the fact that, in psychology, there is still present an active preoccupation of the study of memory, where the researches on recalled events are playing an important part. Recalling, as a psychological fact, has a major importance in our life, because very often it is the basis of our manifested behavior, being deeply involved in the decisional process too.
The main objective of the research was to confirm the theory that we particularly remember our pleasant life experiences, and we have the tendency to forget more easily the unpleasant ones, and to highlight the new theory that there is a relationship between temperamental traits and the emotional resonance of the recalled events. The applied aim was to change the emotional charge of the recalled events, by using a well-known form of therapeutic intervention – the relaxation.
In this pilot research we used 48 subjects and the following instruments: Eysenck's Test, Introversion, Depression, Anxiety Scale from Hamilton's Test, and Schultz's Autogenic Training - as a relaxation technique.
The results, obtained and interpreted using Wilcoxon T Test and Mann-Whitney U Test, confirmed our hypothesis: the subjects particularly recall the pleasant life experiences and forget more easily the unpleasant ones; the introverted subjects have the tendency to particularly recall the unpleasant events, while the extraverted subjects the pleasant ones; in relaxation the subjects are re-actualizing the pleasant experiences, regardless the temperamental type.
The hypothesis regarding the influence of the trinity - irritability, depression, and anxiety - on recalling the events, was partially confirmed, as we obtained insignificantly correlations between the pleasant recalled events and external irritability, this proving that it doesn't have a significant influence on the emotional charge of the memories.
Key words: memories, temperament, experiences, emotional resonance, relaxation.

1. INTRODUCERE

În urmă cu peste două milenii, filosoful grec Teofrast a scris, pe la vârsta de 99 ani, o carte celebră intitulată "Caractere", în care a pus o întrebare care se află şi astăzi în centrul atenţiei psihologilor : "Oare cum se face că, deşi întreaga Grecie se întinde sub acelaşi soare şi toţi grecii primesc aceeaşi educaţie, ne-a fost dat, totuşi, să avem caractere atât de deosebite unii de ceilalţi ?".
Temperamentul constituie pe de o parte latura dinamică a personalităţii, furnizându-ne informaţii referitoare la conduita individului - mobilă sau rigidă, rapidă sau lentă, accelerată sau înceată, uniformă sau neuniformă, iar pe de altă parte latura energetică a personalităţii. oferindu-ne date despre cantitatea de energie a individului şi de modul în care este utilizată aceasta. Diferenţele psiho – comportamentale existente între oameni sunt practic diferenţe temperamentale.
Eysenck studiază. experimentează şi susţine modelul tri-dimensional al personalităţii, în care extraversia – introversia, nevrotismul şi psihotismul sunt dimensiunile fundamentale care se organizează într-o structură generală denumită tipul de personalitate. Dintre cele trei dimensiuni considerate ca axe ale naturii umane, extraversia – introversia este cel mai larg acceptată.
Putem afirma că persoanele extraverte se diferenţiază faţă de persoanele introverte si prin felul. prin caracteristica plăcută sau neplăcută a evenimentelor din viaţa personală pe care şi le amintesc. Ne referim aici într-un prim moment la o amintire care nu este legată nici de starea în care se află persoana în momentul reamintirii şi nici de retrăirea stării pe care a simţit-o în momentul întâmplării evenimentului pe care şi-l aminteşte. Nu este vorba deci despre memoria afectivă şi nici despre memoria în funcţie de stare, ci pur şi simplu de tipul de amintire care îi revine în conştiinţă la un moment dat (sau chiar în general) unei persoane fie introvertă, fie extravertă. Am putea spune că într-un fel este vorba de memorie episodică, întrucât aceasta se referă la memoria evenimentelor autobiografice : când şi unde persoana respectivă a trăit un eveniment.
Memoria - ca proces psihic de reflectare a experienţei anterioare prin fixarea, recunoaşterea şi reproducerea imaginilor senzoriale, ideilor, stărilor afective - realizează coerenţa vieţii interioare şi a legăturilor interdependente cu realitatea obiectivă. Este asemănătoare unei coloane vertebrale a personalităţii, fiind puternic şi semnificativ implicată în conturarea identităţii. Ea poate fi spontană şi neintenţionată, verbală. acţională. afectivă. dar şi voluntară. intenţionată. În acest din urmă caz ea se realizează prin eforturile depuse de individ şi noi ne referim, în lucrarea de faţă, la acest gen de memorie. În foarte multe dintre cercetările asupra memoriei umane s-au utilizat materiale verbale, deoarece cuvintele sunt uşor de prezentat, iar răspunsurile date de subiecţi sunt uşor de înregistrat şi clasificat. În lucrarea noastră însă, experimentul realizat ţine de amintirea "liberă" a unor evenimente de viaţă dintr-o perioadă de timp clar delimitată.
Memoria este compatibilă şi cu starea psihică în care se află individul la un moment dat. S-a constatat experimental că atunci când persoanele care prezintă

stări de deprimare sunt solicitate să reactualizeze amintiri de natură autobiografică, ele au tendinţa de a reactualiza incidente nefericite.

De asemenea, s-a constatat şi că persoanele caracterizate printr-o iritabilitate crescută au tendinţa de a-şi aminti evenimente cu încărcătură neplăcută din punct de vedere afectiv din viaţa lor, ceea ce nu face decât să le întreţină sau şi mai grav, să le amplifice starea de iritabilitate.

Amintirea evenimentelor neplăcute este deseori asociată şi cu o stare de anxietate nepatologică, însă în care sunt prezente neliniştea, apăsarea, tensiunea, o oarecare doză de îngrijorare şi teamă nemotivată, toate acestea fiind neconfortabile din punct de vedere psihologic. Se pare că trăirea unei astfel de stări atrage după sine o serie de amintiri cu încărcătură afectivă negativă, persoana intrând astfel într-un gen de cerc vicios, care îi întreţine starea.

Figura 1. Modelul de personalitate al lui Eysenck

Memoria este un proces activ şi nu o înregistrare pe bandă, automată, a evenimentelor trecute. Amintirile unei persoane depind de o serie de factori individuali şi de factori externi. Bower, de exemplu, a prezentat modalitatea în care emoţiile ne pot influenţa amintirile într-un studiu amplu. El a cerut subiecţilor să ţină un jurnal timp de o săptămână şi să noteze toate lucrurile plăcute sau neplăcute care li s-au întâmplat. La sfârşitul săptămânii, subiecţii au fost hipnotizaţi şi li s-a cerut să-şi amintească evenimentele din timpul săptămânii în care au ţinut jurnalul. Dar, înainte de aceasta , li s-a sugerat fie că erau într-o dispoziţie bună, fie într-o dispoziţie proastă. Subiecţii care erau într-o dispoziţie bună şi-au amintit mai mult lucruri plăcute care li se întâmplaseră în săptămâna respectivă, în timp ce subiecţii care erau într-o dispoziţie proastă şi-au amintit mai mult lucruri neplăcute. Toate acestea ne arată că memoria, departe de a fi pasivă, statică, este un proces activ, influenţat de modul în care înţelegem evenimentele şi de sentimentele noastre subiective.

Un alt experiment crucial realizat de Sir Frederick Bartlett şi prezentat în cartea sa "Remembering" , evidenţiază faptul că în procesul de reactualizare a unui fragment, primul lucru pe care subiectul are tendinţa de a-l reactualiza este atitudinea sa faţă de acel fragment. El consideră că " reactualizarea care se face apoi constituie o structură care se sprijină în mare parte pe atitudinea sa, iar efectul general este acela al unei justificări a acestei atitudini".

Gordon Bower, de la Universitatea Stanford, a utilizat hipnoza pentru a imprima subiecţilor stări de tristeţe sau de bucurie, cerându-le să-şi imagineze o scenă în care să fie foarte fericiţi sau dureros de nefericiţi. Apoi subiecţii aflaţi în starea aceea de fericire sau de nefericire au învăţat liste de cuvinte pe care şi le-au reamintit exact în aceleaşi stări sufleteşti. La unul dintre experimente, procentul de cuvinte rememorate în stare afectivă asemănătoare a fost de 78 la sută, iar în absenţa acestei stări de numai 47 la sută. Aplicaţia practică a acestei concluzii este că am putea reduce uitarea prin recrearea stării emoţionale în care ne găseam la un anumit moment, bineînţeles aceasta cu condiţia să ne amintim despre ce moment este vorba.

O problemă principală curentă în domeniul memoriei şi retenţiei este întrebarea dacă noi ne amintim mai bine experienţele plăcute sau experienţele neplăcute din viaţa noastră. Interesul psihologic în această problemă provine din legatura cu nevrozele şi teoriile care explică nevrozele. In 1901, Freud a lansat teoria conform căreia uitarea nu este întotdeauna un proces pasiv datorat scurgerii timpului, ci este adesea cauzată de dorinţa individului de a respinge amintirea experienţelor ce au fost dureroase pentru el. Mulţi psihologi cred astăzi în existenţa şi funcţionalitatea acestei teorii. Ei declară ca

au avut pacienţi cărora li s-a întâmplat să uite diverse experienţe din viaţa lor. Este vorba de experienţe triviale, obscene, frustrante, iar ştergerea lor din memorie nu este surprinzătoare; adeseori experienţa uitată este un eveniment suficient de şocant şi de dureros care să iniţieze o nevroză durabilă şi severă. În aceste cazuri, este posibil să ne confruntăm cu un gen de uitare care nu este datorată trecerii timpului sau altui fapt similar impersonal sau nonselectiv.

Un experiment foarte interesant a fost realizat de către E. Koch. În investigarea lui, el a avut ca subiecţi 76 studente, care au fost solicitate să raspundă unui chestionar ce cuprindea 10 intrebări cu răspunsuri de tipul adevărat / fals. Fiecare scor a fost apreciat de subiect în timp ce îl primea, pe o scală cuprinsă intre 1 şi 5, în care 1 reprezenta cea mai neplăcută experienţă, 3 indica indiferenţa, iar 5 – dezgustul. Cinci săptămâni mai târziu, subiecţii au fost solicitaţi să-şi amintească toate cele 10 răspunsuri. Rezultatele au dovedit că experienţele plăcute, adică cele notate cu 1, au fost de departe cele mai bine reamintite. Koch a demonstrat prin acest experiment rolul important pe care îl are intensitatea emotională a evenimentului trăit, în amintirea acelui eveniment.

După cum reiese şi din această prezentare, în psihologie este încă activă şi prezentă preocuparea pentru evenimentele privind studiul memoriei. În cadrul acestor studii, un rol deosebit îl au cercetările privind amintirea evenimentelor. Dar ce este, practic, amintirea ? Putem spune că aceasta este o funcţie a memoriei, prin care obiectele, fenomenele, situaţiile, evenimentele existente deja în memorie, sunt readuse la nivelul conştiinţei. Amintirea are un rol deosebit de important în viaţa oamenilor, deoarece de multe ori ea stă la baza comportamentului manifest al individului, fiind implicată adânc şi în procesul decizional.

Să nu uităm însă că reamintirea evenimentelor este influenţată şi de starea în care se află persoana, atunci când îi este solicitată reamintirea. De exemplu, dacă subiecţii sunt relaxaţi înainte de a li se solicita să reactualizeze o serie de evenimente din viaţa lor, se pare că această stare ar avea o influenţă pozitivă asupra subiecţilor, în sensul că ar determina mai ales reactualizarea evenimentelor plăcute petrecute în viaţa acestora.

Atunci când ne referim la termenul de relaxare în sens larg, avem în vedere desprinderea individului de activitatea sa cotidiană. În sens restrâns, *relaxarea este o tehnică psihoterapeutică şi autoformativă, fundamentată ştiinţific, care urmăreşte realizarea unei decontracturi musculare şi nervoase, având ca efect un repaus cât mai efecient, economisirea energiei fizice şi psihice, creşterea rezistenţei la stres a organismului şi diminuarea efectelor negative ale stresului deja instalat* (Irina Holdevici, 1999).

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Obiectivele cercetării

Obiectivul general al cercetării este confirmarea teoriei care susţine că ne reamintim mai ales experienţele plăcute din viaţă şi tindem să le dăm uitării mai uşor pe cele neplăcute. În mod specific, ne propunem să reliefăm existenţa unei relaţii între tipologia temperamentală, luând drept criteriu introversia / extraversia şi rezonanţa afectivă, plăcută sau neplăcută a evenimentelor amintite.

Obiectivul aplicativ al prezentei cercetări este modificarea ponderii reamintirii evenimentelor plăcute faţă de cele neplăcute, în sensul scăderii celor din urmă, utilizând ca formă de intervenţie terapeutică relaxarea. În cadrul acestui obiectiv ne propunem să evidenţiem şi că una din urmările modificării anterior menţionate este reducerea stărilor de iritabilitate, depresie şi anxietate, de asemeni ca rezultat al relaxării, ceea ce are drept efect reactualizarea unui număr mai mare de evenimente plăcute şi reducerea considerabilă a reamintirii evenimentelor neplăcute.

Ipotezele cercetarii

1. Într-o primă ipoteză a cercetării am presupus că uităm evenimentele neplăcute ale vieţii noastre mai repede decât pe cele plăcute.
2. Presupunem că persoanele cu temperament extravert îşi amintesc cu precădere evenimentele plăcute din viaţa lor *şi* reamintirea evenimentelor neplăcute din viaţă le este caracteristică mai ales persoanelor cu temperament introvert.
3. Dacă intervenim asupra stării afective a subiecţilor prin intermediul relaxării, atunci aceştia îşi vor reaminti mai ales evenimentele plăcute la care au participat, indiferent de tipul temperamental (introvert sau extravert) căruia îi aparţin.
4. Presupunem că există o relaţie direct proporţională între rezonanţa afectivă a evenimentelor amintite (plăcut / neplăcut) şi trinomul iritabilitate, depresie, anxietate.
5. Dacă intervenim asupra modificării stărilor de iritabilitate, depresie, anxietate în sensul reducerii acestora prin intermediul relaxării, atunci vor fi reactualizate cu precădere evenimentele plăcute.

Variabile experimentale

În cadrul cercetării noastre, variabila independentă este dată de tipul de temperament – introvert sau extravert – căruia îi aparţin participanţii şi de relaxarea la care participă aceştia (antrenamentul autogen Schultz).

Variabila dependentă include frecvenţa evenimentelor plăcute şi a celor neplăcute reamintite de subiecţi în cadrul experimentului şi tendinţa acestora la iritabilitate internă, iritabilitate externă, depresie, anxietate.

Lotul de subiecţi

Iniţial, la acest experiment au participat 60 de subiecţi, dar în urma unei trieri realizate pe baza Chestionarului de Personalitate Eysenck, au rămas doar 48 de participanţi (introverţi şi extraverţi), cei care au obţinut scoruri care i-au situat în limitele ambiverţilor fiind eliminaţi, deoarece nu făceau obiectul cercetării noastre.

Dintre cei 48 de subiecţi, 34 sunt fete şi 14 sunt băieţi. Media de vârstă a participanţilor este cuprinsă între 20 ani şi 44 ani şi cu toţii provin din mediul urban.

Instrumente utilizate

Pentru a determina tipurile de temperament ale subiecţilor care au participat la acest experiment, am utilizat Chestionarul de Personalitate realizat de Eysenck, prin intermediul căruia subiecţii au fost împărţiţi în două grupuri distincte – introverţi şi extraverţi.

Cel de-al doilea instrument utilizat în cadrul cercetării noastre este Scala de Iritabilitate, Depresie, Anxietate din cadrul Testului Hamilton. Această scală a fost inițial construită pentru a permite măsurarea iritabilității, concept care se referă la o stare psihologică temporară caracterizată de nerăbdare, intoleranță și slab control al furiei, al enervării.

Din cadrul Testului Hamilton, am selectat Scala Iritabilitate, Depresie, Anxietate, deoarece am considerat că este necesară și suficientă pentru a confirma sau infirma ipotezele noastre referitoare la starea subiecților după relaxare și reamintirea evenimentelor în acea stare.

Ca metoda de relaxare am folosit antrenamentul autogen, tehnică pusă la punct de psihiatrul I.H. Schultz în Germania, pornind de la hipnoza fracționată a lui Escar Vogt. Principiul metodei constă în inducerea prin exerciții psihofiziologice a unei decontracturi generale a organismului, decontractură care, prin analogie cu tehnicile hipnotice, permite comunicarea unor sugestii.

Pentru a putea înregistra evenimentele readuse în memorie de către participanți, le-am cerut acestora să scrie pur și simplu pe o coală de hârtie ce își amintesc din ultimile două săptămâni, apoi le-am solicitat evaluarea evenimentelor – în pozitive și negative. Am numit aceasta Proba reamintirii, ea neconstituindu-se însă într-un test standard, ci mai degrabă într-o probă liberă, subiecții nefiind constrânși cu nimic în reproducerea amintirilor, ci doar aflându-se sub limită de timp.

Design experimental

Desfășurarea experimentului-pilot s-a realizat în două etape distincte. Pentru început, toți subiecții au fost anunțați că participă la un experiment privind acuratețea memoriei și pot oricând să întrerupă participarea lor la acest experiment. În prima etapă, subiecților li s-a determinat tipul temperamental – introvert sau extravert - pe baza rezultatelor obținute la Chestionarul de Personalitate Eysenck , care le-a fost aplicat acestora. Astfel, am stabilit că din cei 60 de participanți, existau 16 subiecți introverți (dintre care 14 fete si 2 băieți) , 32 subiecți extraverți (dintre care 21 fete si 11 băieți) și un număr de 12 subiecți ambiverți. În continuare am ținut cont doar de subiecții introverți și extraverți, cei ambiverți nefăcând obiectul studiului nostru. Subiecții rămași în experiment au fost împărțiți în două grupuri egale ca număr de membrii – grupul de control și grupul experimental. Această delimitare a fost realizată astfel încât în ambele grupuri să existe același număr de subiecți introverți și extraverți. Grupul de control a fost alcătuit din 24 de subiecți, dintre care 8 introverți și 16 extraverți, iar din grupul experimental au făcut parte de asemenea 24 de subiecți, dintre care 8 introverți și 16 extraverți.

După ce a fost realizată această împărțire a subiecților. toți subiecții. fie că făceau parte din grupul de control, fie din grupul experimental, au fost solicitați să relateze în scris, pe scurt, toate experiențele care își amintesc că li s-au întâmplat în decursul ultimelor două săptămâni. Participanții au avut la dispoziție 20 de minute pentru a scrie evenimentele pe care și le aminteau, apoi au trecut la încadrarea acestora în două categorii: evenimente plăcute și evenimente neplăcute. Calificările acestea au fost date de fiecare subiect pentru fiecare eveniment în parte, trecând astfel peste capcana subiectivității experimentatorului.

Timp de două săptămâni, nu li s-a mai dat nici o indicație, nici subiecților din grupul de control, nici subiecților din grupul experimental, apoi, fără să fie preveniți, au fost solicitați din nou să scrie pe scurt evenimentele ce li s-au întâmplat în decursul aceleiași perioade de două săptămâni. Spre deosebire însă de subiecții din grupul de control, cei din grupul experimental, în ultimile două zile înainte de a se reîntâlni pentru etapa a doua a experimentului, au participat în fiecare zi la o ședință de relaxare realizată prin intermediul antrenamentului autogen Schultz și de asemeni înainte de a relata evenimentele amintite. Astfel, fiecare dintre ei a participat timp de trei zile la câte o ședință de relaxare pe zi.

Limita de timp pentru descrierea evenimentelor reamintite a fost de 20 de minute, în fiecare din cele două etape ale experimentului, dar unii dintre subiecți nu au folosit tot acest timp, considerând însă că au notat toate evenimentele pe care și le aduceau aminte din intervalul de două săptămâni indicat.

3. PREZENTAREA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

Aplicând în prima etapă a experimentului Proba reamintirii evenimentelor și comparând mediile dintre evenimentele plăcute reamintite (3,10) și evenimentele neplăcute rememorate (1,81) am constatat că există o diferență semnificativă, în sensul ponderii evenimentelor plăcute față de cele neplăcute. Aceasta ne face să fim în măsură să afirmăm că prima ipoteză a experimentului nostru, conform căreia tindem să ne reamintim mai ales evenimentele plăcute din viața noastră și să le dăm uitării pe cele neplăcute se confirmă.

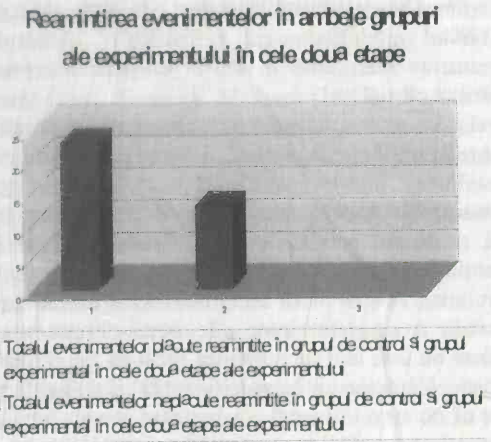


Figura 2.Reamintirea evenimentelor în grupul de control și grupul experimental (ambele etape ale experimentului)

Următoarea interpretare constă din analiza datelor obținute prin intermediul a două teste statistice : Testul Wilcoxon T si Testul Mann – Whitney U, care confirmă ipotezele conform cărora persoanele introverte își amintesc cu mai mare ușurință evenimentele neplăcute din viața lor. extraverții tind să readucă în actualitate cu

precădere evenimentele plăcute la care au luat parte, dar indiferent de tipul temperamental (introvert sau extravert), după o serie de şedinţe de relaxare, frecvenţa reamintirii evenimentelor neplăcute, scade în raport cu cea a amintirilor neplăcute.

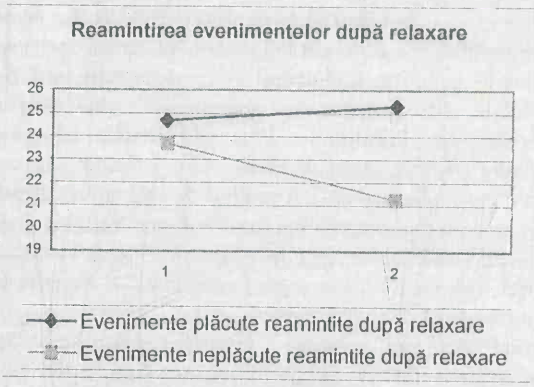


Figura 3.Reamintirea evenimentelor după relaxare

Pasul următor al interpretării datelor obţinute în cadrul cercetării noastre se referă la analiza coeficienţilor de corelaţie Pearson între numărul de evenimente plăcute, numărul de evenimente neplăcute şi scorurile obţinute la Scala Iritabilitate, Depresie, Anxietate, respectiv corelaţiile dintre: scorurile la depresie şi numărul de evenimente plăcute, scorurile la depresie şi numărul de evenimente neplăcute; scorurile la anxietate şi numărul evenimentelor plăcute, scorurile la anxietate şi numărul de evenimente neplăcute; scorurile la iritabilitate internă şi numărul evenimentelor plăcute, scorurile de la iritabilitate internă şi numărul de evenimente neplăcute; scorurile la iritabilitate externă şi numărul de evenimente plăcute, scorurile de la iritabilitate externă şi numărul evenimentelor neplăcute.

În conformitate cu corelaţiile efectuate, putem afirma că ipoteza conform căreia relaxarea determină o scădere a tendinţei la iritabilitate, depresie, anxietate, iar aceasta la rândul ei influenţează semnificativ numărul de evenimente reamintite în sensul creşterii acestuia, se confirmă parţial.

Corelaţiile dintre numărul de evenimente reamintite şi scorurile obţinute la scalele de anxietate, depresie şi iritabilitate internă confirmă partea din ipoteză referitoare la acestea. Nu acelaşi lucru îl putem spune însă şi despre corelaţiile dintre scorurile obţinute la iritabilitatea externă şi numărul de evenimente reamintite. Aceast lucru semnifică faptul că este posibil a exista o corelaţie între cele două dimensiuni, dar aceasta nu este atât de puternică încât să fie evidenţiată statistic. Caracteristicile specifice iritabilităţii externe se pare că nu au o influenţă covârşitoare asupra numărului de evenimente plăcute sau neplăcute reamintite.

Observând scorurile de la scala de anxietate şi numărul de evenimente neplăcute obţinute la grupul experimental în etapa întîi şi în etapa a doua, se constată o creştere a corelaţiei pozitive după participarea la şedinţele de relaxare, ceea ce înseamnă că subiecţii care au tendinţă spre anxietate îşi reamintesc într-o măsută mai mare evenimentele neplăcute din viaţa lor.

Comparând rezultatele obţinute de grupul experimental în prima şi a doua etapă, se observă că după şedinţele de relaxare apare o corelaţie negativă semnificativă între scorurile la iritabilitate internă şi evenimentele plăcute. Acest fapt presupune că după participarea la relaxare, subiecţii care îşi amintesc mai puţin evenimentele plăcute , au o tendinţă mai pronunţată spre iritabilitate internă.

De asemenea, se observă că în grupul experimental, după participarea la şedinţele de relaxare, apare o corelaţie pozitivă între scorurile de la iritabilitatea externă şi cele de la amintirea evenimentelor neplăcute. Putem spune că subiecţii care îşi amintesc într-o măsură mai mare evenimentele neplăcute au o tendinţă mai pronunţată la iritabilitate externă.

În cea de-a doua etapă a experimentului, în cadrul grupului experimental, corelaţia negativă între numărul de evenimente plăcute şi scorurile obţinute la scala de depresie devine mai puţin semnificativă, ceea ce înseamnă că după relaxare, subiecţii cu tendinţă la depresie îşi reamintesc într-o mai mare măsură evenimentele plăcute, decât înainte de relaxare.

Tot în etapa a doua a experimentului şi tot în grupul experimental, se remarcă şi o creştere a valorii coeficientului de corelaţiei dintre scorurile obţinute la scala de anxietate şi numărul de evenimente plăcute reamintite, ceea ce ne dezvăluie faptul că diminuarea tendinţei la anxietate prin intermediul relaxării duce la mărirea numărului de evenimente plăcute reamintite.

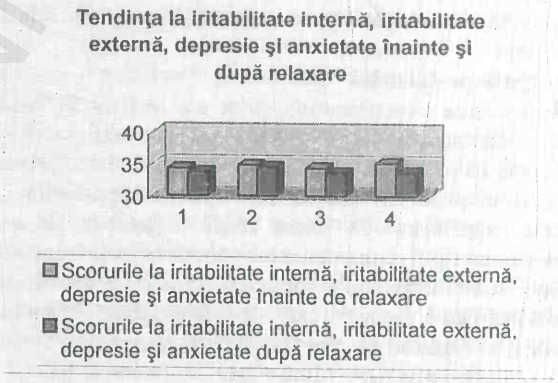


Figura 4.Tendinţa de iritabilitate internă, iritabilitate externă, depresie şi anxietate (înainte şi după relaxare)

O ultimă comparaţie în cadrul experimentului nostru se referă la diferenţa dintre media evenimentelor plăcute şi neplăcute. Se constată că media evenimentelor plăcute reamintite este de două ori mai mare decât media evenimentelor neplăcute reamintite, atât în grupul de control, cât şi în grupul experimental, în ambele etape ale experimentului. Aceasta ne permite să afirmăm că relaxarea nu modifică raportul dintre numărul de evenimentele plăcute şi evenimentele neplăcute reamintite, ci determină reducerea reamintirii evenimentelor neplăcute şi nu neapărat o creştere a numărului de evenimente plăcute readuse în actualitate.

4. CONCLUZII

Analizând rezultatele obţinute în urma realizării acestei cercetări, am ajuns la concluzia că într-adevăr uităm cu mai multă uşurinţă evenimentele neplăcute din viaţa noastră şi ne reamintim mai ales experienţele plăcute la care am participat. Cu toate acestea, există totuşi la

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

persoanele introverte tendinţa de a-şi reaminti mai multe evenimente neplăcute din viaţa lor, dar în urma modificării stării afective a acestora înainte de reamintirea evenimentelor, creşte semnificativ capacitatea lor de a reactualiza amintirile plăcute. Această reglare pozitivă a stării afective, se poate realiza cu succes prin intermediul relaxării, mai precis a antrenamentului autogen Schultz, care are influenţă şi asupra stărilor de iritabilitate, depresie şi anxietate, în sensul diminuării acestora, ceea ce determină creşterea şanselor de reamintire a evenimentelor plăcute. Acest efect este prezent la toţi participanţii, indiferent că aceştia aparţin tipului introvert sau tipului extravert.

În ceea ce priveşte deficienţele experimentului nostru, ne putem referi la faptul că ar fi fost necesară urmarirea mai multor factori ce pot influenţa calitatea – plăcută sau neplăcută – a evenimentelor amintite, ca de exemplu vârsta subiecţilor sau sexul acestora. Limita de vârstă în care au fost cuprinşi participanţii la experimentul nostru este relativ mică şi este posibil să existe oarecare diferenţe la vârste mai înaintate în reamintirea evenimentelor, în sensul că poate fi întărit destul de puternic mecanismul prin care modul de viaţă al persoanei o determină să-şi reamintească mai ales evenimentele plăcute sau mai ales pe cele neplăcute, aşa cum s-a obişnuit de-a lungul timpului. Grupurile noastre de subiecţi nu au fost alcătuite dintr-un număr egal de femei şi bărbaţi, reprezentativ ca număr fiind femeile. Este posibil ca şi acest indicator să-şi aducă un oarecare aport în reamintirea evenimentelor, aşa cum ar putea fi plauzibilă şi ipoteza conform căreia şi pregătirea şcolară, nivelul de cultură pot determina într-o oarecare măsură tipul şi numărul de evenimente reamintite. Considerăm însă că acest criteriu ales de noi – tipul de temperament (introvert sau extravert) este foarte concludent, chiar dacă ceilalţi factori de care am amintit anterior nu au putut fi cuprinşi în cercetare.

Este posibil ca o influenţă remarcabilă în amintirea evenimentelor să o aibă intensitatea la care au fost trăite aceste evenimente. În studiul nostru, noi nu am urmărit şi această caracteristică, însă experimente anterioare dovedesc validitatea acestei afirmaţii.

În analiza rezultatelor obţinute în acest experiment, am luat în considerare şi timpul de răspuns al subiecţilor şi am ajuns la concluzia că nu există diferenţe semnificative între timpul de răspuns al subiecţilor introverţi şi timpul de răspuns al subiecţilor extraverţi. În schimb, am observat că în cea de-a doua etapă a experimentului, în grupul experimental, timpul de relatare al evenimentelor amintite de către subiecţii introverţi şi de către subiecţii extraverţi a fost mai mic decât în prima etapă, în unele cazuri subiecţii relatând chiar un număr mai mare de evenimente într-o unitate de timp mai mică, fiind vorba aici despre o creştere a fluenţei amintirilor. Totodată, în etapa a doua a experimentului, după participarea la şedinţele de relaxare, a crescut numărul de evenimente plăcute reamintite în raport cu numărul de evenimente neplăcute reamintite. O posibilă explicaţie a acestei concluzii este o mai mare capacitate de întoarcere spre sine însuşi a subiecţilor, fie extraverţi, fie introverţi, datorată stării provocate de relaxare. Noi nu am acordat o foarte mare importanţă acestor rezultate (referitoare la timpul de relatare a evenimentelor amintite de către subiecţi), întrucât ele nu fac obiectul studiului nostru, dar ar putea constitui variabilele independente ale unui viitor experiment privind amintirea evenimentelor din viaţa personală.

În cadrul experimentelor privind memorarea evenimentelor şi reproducerea acestora, de un interes semnificativ poate fi şi relaţia dintre inteligenţă şi felul amintirilor, urmărindu-se în special influenţa coeficientului de inteligenţă asupra caracteristicilor – plăcute sau neplăcute – a evenimentelor amintite. Pentru o mai bună înţelegere a pesonalităţii, a comportamentului uman, ar fi interesat de urmărit rolul şi influenţa tuturor acestor variabile corelate, asupra încărcăturii afective a evenimentelor amintite.

Rezultatele obţinute în acest experiment au confirmat rezultatele experimentelor anterioare la care noi ne-am referit şi pe care le-am reamintit în capitolul teoretic al acestui studiu. Posibilităţile rămân însă deschise pentru noi experimente în acest domeniu, care să confirme sau să infirme concluziile noastre.

"Târâm după noi, pe neştiute, întregul nostru trecut, dar memoria noastră readuce în prezent doar acele frânturi întâmplătoare care, într-un fel sau altul, completează starea în care ne aflăm" (H. Bergson).

5. BIBLIOGRAFIE

Baddeley Alan (1998). *Memoria umană*, Editura Teora, Bucuresti.

Baron A. Robert (1992). *Psychology*, Allyn & Bacon A Division of Simon & Schuster, New York.

Boeree C. George (1999). *Hans Eysenck and other temperament theorists*, din *Psychology Today*, decembrie.

Eysenck Hans, Eysenck Michael (1995). *Descifrarea comportamentului uman*, Editura Teora.

Eysenck Hans (1998). *Dimensions of Personality*, Transaction Publishers, New Jersey.

Hertling Darlene, Jones Daniel (1992). *Relaxation*, Harper & Row, New York.

Holdevici Irina (1995). *Autosugestie şi relaxare*, Editura Ceres, Bucureşti.

Miclea Mircea (1999). *Psihologie cognitivă*. Editura Polirom, Iaşi.

Ribot Theodule (1998). *Memoria şi patologia ei*, Editura Iri.

Zlate Mielu (1999). *Psihologia mecanismelor cognitive*, Editura Polirom, Iaşi.

NECESITATEA CONSILIERII FAMILIEI COPILULUI DIAGNOSTICAT CU TULBURARE DIN SPECTRUL AUTISMULUI

SIMONA MARICA
Universitatea Spiru Haret – Bucureşti, marica.simona@yahoo.com

ABSTRACT: Autism spectrum disorders are part of the pervasive developmental disorders' category, being one of the most serious neuropsychiatric conditions of childhood. This article presents the parent's possible reactions when facing this diagnosis, the denial and its defences, completely explainable in this context. Thus, we thought it was necessary to underline the role of the psychologist in counselling the family of the child diagnosed with ASD, the attitude they must have towards it, the strategies they must adopt in order to change the perspective on the situation and to make the parent the co-therapist of his own child's.
Key words: Autism disorders, diagnosis, childhood, parent's reactions.

1. INTRODUCERE

Autismul este tulburarea centrală din cadrul unui întreg spectru de tulburări de dezvoltare, cunoscute sub numele de spectrul tulburărilor autiste şi reprezintă una dintre cele mai severe tulburări neuropsihiatrice ale copilăriei.

1.1. Tulburările din spectrul autismului

Acest grup de tulburări a fost introdus în clasificarea DSM III în 1980 sub numele de *Pervasive developmental disorders* (tulburări pervazive de dezvoltare) şi reflectă efortul de a delimita o patologie pedopsihiatrică specifică precum: Autismul infantil, Tulburarea Asperger, Tulburarea Rett şi Tulburarea dezintegrativă a copilăriei.

Începând cu anul 2005, Wing şi Cohen (cf. Dobrescu, I., 2010) legimitează conceptul de *Tulburări din spectrul autismului* (sintagmă folosită pentru prima oară în 1983), pentru a acoperi mai multe nivele de severitate.

Tulburările din spectrul autismului includ:

- Tulburarea autistă
- Tulburarea Asperger
- PDD – NOS (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified)

Tulburările din spectrul autismului au în comun:

- *deficitul de comunicare* – astfel, limbajul nu apare la vârsta obişnuită şi această absenţă a limbajului nu se însoţeşte de nici o încercare de comunicare gestuală sau mimică. (Marcelli, D., 2003); când apare, limbajul are o serie de particularităţi: ecolalie imediată sau întârziată, prozodie monotonă, sintaxă sărăcă, neînţelegerea sensului figurat al cuvintelor etc.;
- *deficitul de interacţiune socială* – refuzul contactului vizual, absenţa expresiei faciale şi a schimbării mimicii. Copilul autist nu caută să intre în contact, să atragă atenţia, să acroşeze privirea, nu-i imită pe ceilalţi. Pointing-ul (arătarea cu degetul) este absent, neexistând interesul de a împărtăşi cu ceilalţi cele observate. Lipsa *atenţiei conjugate* (cf.Exkorn, K.S., 2010);
- *deficitul imaginativ* – incapacitatea de a dezvolta joc simbolic (ca şi cum..), manipulare inadecvată a jucăriilor, interese restrânse şi stereotipe, ritualuri.

Trebuie accentuată în acest context o chestiune importantă pentru lucrarea de faţă: deşi aceste elemente de diagnostic se regăsesc în mod necesar în tabloul psihocomportamental al copilului cu TSA, ponderea lor poate fi diferită, modalităţile de compensare variază, prezenţa sau absenţa şi a altor condiţii asociate (ADHD, retard mental, eiplepsie etc) generează diferenţe individuale foarte mari, în ciuda diagnosticului asemenea. Cu alte cuvinte, fiecare copil cu autism este unic.

Din punctul de vedere al debutului, acesta poate fi:

- timpuriu – se observă încă de când este bebeluş o hipotonie, sau dimpotrivă, rigiditate musculară, absenţa comunicării sub forma gânguritului, a refuzului privirii în ochi, a neîntinsului braţelor pentru a fi ridicat de către mamă, a neântâmpinării celorlalţi la trezire.
- tardiv – după o perioadă de dezvoltare tipică, achiziţiile încep să se piardă, limbajul nu se dezvoltă, copilul nu mai imită, nu se joacă adecvat cu jucăriile, nu pare a fi interesat de ceilalţi, dezvoltă diverse rutine (de exemplu, nu se culcă până nu-şi aliniază toate jucăriile), are preferinţe alimentare rigide (uneori un fel sau două de mâncare, nu gustul ci consistenţa ori coloritul părând a fi criteriile de alegere), nu răspunde atunci când este strigat pe nume (pare surd), poate avea diverse sensibilităţi (la unele sunete, texturi, imagini etc.).

1.2. Impactul diagnosticului de TSA asupra familiei

Dincolo de limbajul sec al oricărei clasificări, atunci când aceste elemente diagnostice sunt întrunite, ne aflăm în faţa unei drame: un copil care, deşi arată ca şi covârstnicii săi, nu se dezvoltă ca aceştia, nu ştie cum sau nu-l intereresează să comunice, să se joace, să experimenteze, să cunoască.

Părinţii sunt, cu siguranţă, primii observatori ai acestor anomalii. Ele se manifestă, aşa cum am arătat, fie de foarte devreme, fie după o perioadă de dezvoltare tipică, reprezentând un brusc regres faţă de nivelul anterior atins de către copil, o pierdere a achiziţiilor.

1.2.1. În căutarea diagnosticului

În mod normal, între 18 luni şi 2 ani, ar trebui să înceapă căutarea diagnosticului. Din păcate, însă, în majoritatea cazurilor, copilul ajunge la consult la 2 ani şi jumătate sau 3 ani, ori chiar mai târziu.

Explicaţiile acestei întârzieri sunt următoarele:

- familia cu copil unic poate să nu realizeze (în lipsa comparaţiei cu un frate mai mare) faptul că cel mic nu se dezvoltă aşa cum ar trebui, mai ales acolo unde simptomatologia nu este extreme de severă;
- uneori, chiar acolo unde există o oarecare suspiciune din partea părinţilor (mai ales când copilul nu vorbeşte) alţi membrii ai familiei, prieteni sau medicul pediatru minimalizează importanţa celor observate de părinţi, citându-le cazuri celebre de copii care au vorbit târziu;
- în alte cazuri, chiar mecanismele de apărare ale părinţilor sunt cele care pun piedici diagnosticării. Deşi bănuiesc faptul că ceva nu este în regulă, ei amână vizita la medic tocmai din teama de a nu le fi confirmate bănuielile. Uneori, chiar după ce obţin un diagnostic, acesta neconvenindu-le, caută în continuare până când găsesc medicul sau psihologul care să infirme concluziile primului consult.

1.2.2. Intervenţia timpurie

A pune cât mai devreme un diagnostic copilului nu este o chestiune gratuită, de pură "etichetare" a unei condiţii. De acest diagnostic este nevoie pentru ca să se înceapă un demers educaţional, o formă sau alta de terapie.

Deşi nimeni nu poate şti de la început cum va evolua copilul, ce achiziţii va face, în ce ritm. dacă va reuşi sau nu să devină independent şi în ce măsură, printre factorii de prognostic pozitiv enumerăm(Dobrescu.I. 2010):

- IQ mai mare de 70
- limbaj funcţional instalat înaintea vârstei de 5 ani
- abilităţi de joc constructiv, timpuriu dobândite
- relaţie familială suportivă, armonioasă, empatică
- intervenţie timpurie

De-a lungul timpului s-au dezvoltat mai multe tipuri de terapie pentru copiii cu autism, fiecare dintre acestea evoluînd dintr-o filosofie diferită. Câteva dintre cele mai cunoscute metode de intervenţie în cazul copiiilor cu autism sunt: A.B.A., terapia ocupaţională, art terapia, logoterapia, metoda TEACCH, lista nefiind exhaustivă.

Indiferent de fundamentarea teoretică a programelor de intervenţie ori de tehnicile folosite, două aspecte par a fi totuşi, comune: intensitatea programului (între 15 şi 40 de ore pe săptămână) şi vârsta la care copilul începe terapia, existând suport empiric pentru a demonstra că aceia dintre copii care încep mai devreme terapia, realizează cele mai mari progrese. (Harris & Handleman, 2000; Sheinkopf & Siegel, 1998). Este normal să fie aşa dacă avem în vedere că primii ani de viaţă reprezintă, totodată şi vârsta de maximă plasticitate cerebrală, ori a educa înseamnă, în fapt, a construi circuite neuronale.

În aceste condiţii este important nu doar să diagnostichezi condiţia dar să şi faci părintele să înţeleagă – în ciuda defenselor pe care le are – necesitatea instituirii unui demers terapeutic cât mai devreme. Atâta timp cât părintele se opune, orice strategie tearpeutică eset sortită eşecului, cu atât mai mult cu cât autismul *nu ia pauză*, deci orele de terapie trebuie continuate acasă, cunoştinţele achiziţionate trebuie consolidate şi generalizate în familie şi cu ajutorul acesteia.

2. NECESITATEA CONSILIERII FAMILIEI

În opinia noastră, punerea diagnosticului nu este decât primul pas în munca psihologului clinician, mai ales în cazul acestei condiţii, invalidantă pentru copil şi extrem de tulburătoare pentru familie.

2.1. Problematica familiei cu copil diagnosticat cu TSA

Părinţii sunt copleşiţi, în primul rând, de gravitatea diagnosticului. Pentru majoritatea lor, acesta echivalează cu o **condamnare**: copilul lor nu se va dezvolta niciodată ca ceilalţi, poate că nu le va vorbi, nu-i va înţelege şi nu le va putea răspunde cu afecţiune. Acestor griji legate de prezent li se adaugă nesiguranţa în ceea ce priveşte viitorul copilului, posibilitatea lui de a se încadra sau nu în învăţământul normal, de a-şi alege o profesie, de a-şi întemeia o familie, de a trăi ca adult independent.

Deloc de neglijat este stressul la care această familie este supusă zilnic: copilul, chiar dacă are limbaj, nu-l foloseşte funcţional, comunicarea cu el fiind mult îngreunată. Ne -putând să se facă înţeles, copilul cu autism va face în multe situaţii episoade de tantrum, generate de frustrare. Situaţia este cu atât mai gravă cu cât aceste crize se petrec, de multe ori, în public. Copilul ţipă şi se tăvăleşte pe jos iar părintele este privit cu reproş de către „asistenţă" (un părinte mi-a mărturisit că petrecea câteva ore la raionul cu electrocasnice de la Supermarket pentru ca fiul său să deschidă şi închidă uşile frigiderelor expuse şi nu pleca de acolo decât când băieţelul se plictisea, pentru că altfel făcea adevărate crize de furie).

Copilul cu TSA poate avea tot soiul de sensibilităţi senzoriale (nu suportă anumite sunete, imagini, ori materiale), intoleranţe alimentare sau gusturi bizare, anumite rutine (nu merge decât pe un anumit drum, nu poartă decât un anumit tricou, nu se culcă dacă nu-şi aliniază jucăriile sau dacă locul unui obiect din dormitor este mutat). Problemele cu somnul nu sunt nici ele de neglijat: unii copii au ritmul nictemeral inversat, alţii dorm extrem de puţin şi-şi epuizează astfel părinţii. Părintele trăieşte în acelaşi timp **milă**, văzându-şi copilul iubit evoluînd astfel, **neputinţă**, căci majoritatea încercărilor sale de a linişti acest copil sunt sortite eşecului, **frustrare**, pentru că nimic nu merge lin, **mânie** uneori chiar faţă de copil şi, oricum, faţă de situaţia existenţială şi **culpă**. Sunt mulţi cei care se întreabă dacă nu ei sunt cumva de vină pentru tulburarea copilului sau dacă nu ar putea face ceva mai mult şi mai bine, dacă nu ar putea fi mai răbdători şi mai înţelegători cu copilul (o mamă se învinovăţea pentru că ţipase la copilul ei, după 3 ore în care încercase zadarnic să-l culce).

Desigur, dinamica familială este diferită de la caz la caz. Copilul care are părinţi iubitori şi fermi în atitudine, dar afectuoşi, cu care copilul se simte în siguranţă acasă, va progresa mai repede şi va avea mai mari şanse de integrare în mediul din care face parte. Întotdeauna un copil autist ignorant de către părinţi se va afunda în izolarea atât de caracteristică lui şi

intervenţia ulterioară va fi grav afectată de acest fapt.(Cucuruz, 2004).
În unele familii există şi copii tipici şi aici intervin alte probleme legate de relaţiile între fraţi şi de sentimentul părintelui că-l abandonează pe cel tipic în favoarea copilului cu probleme. Unii dintre fraţi se simt marginalizaţi, observând că toţi adulţii din familie sunt focalizaţi asupra copilului cu autism (frăţiorul, în vârstă de 9 ani al unui astfel de copil devenise apatic, deşi nu era neglijat, dar vedea cum la cel mic vin în fiecare zi terapeuţii, cum i se cântă şi este antrenat în jocuri, cum este încurajat pentru orice progres). În alte familii, copilul cu TSA este copil unic (aici se întâmplă, în multe cazuri, ca părinţii să dezvolte o adevărată obsesie pentru acest copil şi recuperarea sa).
O altă problemă cu care se confruntă familia este stigmatizarea, refuzul acceptării copilului în colectivele cu copii tipici, refuzul altor părinţi de a-şi lăsa copiii în preajma micuţului cu autism (o mamă povestea că deşi angajase shadow pentru copilul ei, a fost refuzată de 3 grădiniţe private sub pretextul că nu pot permite accesul adultului împreună cu copilul).
Deloc de neglijat este efortul financiar la care aceşti părinţi urmează a fi supuşi odată cu începerea terapiei: costul unei ore de terapie variază la noi între 20 şi 35 Ron, iar numărul de ore de terapie de care este nevoie săptămânal, între 20 şi 40. Acestora li se adaugă materialele cu care se lucrează (dacă nu este vorba despre Centre, unde copiiiilor li se asigură necesarul de rechizite).
În fine, trebuie avertizaţi părinţii în legătură cu faptul că terapia la domiciliu - convenabilă din multe puncte de vedere – poate să însemne şi distrugerea intimităţii, în fiecare zi intrând în casă doi sau trei oameni străini, care alcătuiesc echipa de terapie şi care vor rămâne acolo între 4 şi 8 ore pe zi pentru mai multe luni sau ani.

2.2. Rolul consilierii

Din punctul nostru de vedere rolul consilierii este unul major şi vom detalia, în cele ce urmează, aspectele pe care ar trebui să se centreze.
În cadrul acestui demers trebuie evaluate atent resursele familiei: în ce termeni se referă părinţii la copilul lor şi la tulburarea acestuia, cine pare a deţine puterea în familie, cine ia deciziile, mai există fraţi/surori şi care este relaţia cu aceştia, ce rol are familia extinsă şi cum poate ajuta? care sunt resursele de timp şi financiare ale familiei?
Orice soluţie trebuie găsită împreună cu familia şi adaptată posibilităţilor acesteia. Soluţiile nerealiste nu vor face decât să adauge frustrare acolo unde déjà există suficientă.
În primul rând, după aflarea diagnosticului, părintelui trebuie să i se ofere suport emoţional, trebuie făcut să înţeleagă că deşi este vorba despre o condiţie gravă, există speranţe în ceea ce priveşte recuperarea. Este vorba despre încercarea de a schimba optica părintelui, care vine de obicei la cabinet cu propriile prejudecăţi şi mituri în ceea ce priveşte autismul. Atâta timp cât el consideră că nu se poate face nimic pentru copilul astfel diagnosticat, terapia va eşua.
În ordinea consilierii, relaţia de tip suportiv este o relaţie prin care consilierul oferă suport clientului în demersul schimbării. Acest gen de relaţie se centrează mai mult pe palierul afectiv decât pe cel cognitiv. Presupune explorarea senzaţiilor şi trăirilor. Se caracterizează prin exersarea întregului ambitus afectiv al clientului: alternarea confortului cu anxietatea, a exaltării cu depresia (Georgescu, M., 2008).
Încercarea noastră vizează şi deculpabilizarea, mulţi părinţi considerând că ei poartă vina pentru condiţia copilului ori, o astfel de atitudine nu-i va ajuta să facă faţă mai bine.
Acei părinţi care nu par capabili să accepte un asemenea diagnostic nu ar trebui forţaţi să o facă, dar pot fi consiliaţi spre a accepta oricum o formă de terapie care să le ajute copilul, indiferent dacă este sau nu vorba despre autism (un părinte care nu dorea să accepte diagnosticul de autism dat fiului său a mers din consult în consult, pierzând astfel timp preţios, până când un specialist i-a spus că este vorba despre o *tulburare pervazivă de dezvoltare*, ceea ce a părut să admită mai uşor şi să înceapă astfel terapia)
În al doilea rând, părintele trebuie să primească informaţii despre această tulburare, despre manifestările ei; fără îndoială că unele dintre cele mai importante informaţii pe care specialiştii trebuie să le transmită familiilor sunt referitoare la problemele de comportament şi la modul de gestionare al acestor probleme.
Părinţii se confruntă cu un nivel ridicat de stres deoarece ei nu înţeleg de ce copiii lor fac ceea ce fac. Specialiştii pot face mult pentru a diminua dificultăţile familiilor, furnizându-le informaţii despre simptomele comportamentale ale bolii şi strategiile care pot fi utilizate pentru a reduce incidenţa comportamentelor problemă. de exemplu crizele de furie ale copilului înţelese ca manifestări ale frustrării, uneori ale anxietăţii la schimbările ce intervin în mediu, nu mai apar la fel de înspăimântătoare ca atunci când nu par să aibă nici un fel de explicaţie.
Informaţiile trebuie să vizeze şi tipurile de terapii existente, date privind eficienţa lor, chiar şi o listă de Centre sau specialişti cărora pot să li se adreseze pentru a discuta un plan individualizat de tratament. Informaţia verificată este importantă cu atât mai mult cu cât, un părinte disperat poate foarte uşor să devină victimă a unor pseudospecialişti care promit vindecări miraculoase.
Părintele trebuie avertizat că nici o terapie nu are efecte imediate şi că demersul la care se angajează este de lungă durată. Evaluarea eficacităţii lor se va face în timp, în funcţie de rezultatele pe care le are copilul, de ritmul achiziţiilor sale.
Părintele trebuie făcut să înţeleagă că deşi nu-i este uşor va trebui să caute să expună în continuare copilul la cât mai multe experienţe, la mediul natural, la interacţiunea cu alţi copii care să-i poată fruniza modele de comportament (ştiut fiind că imitaţia este deficitară la copiii cu autism şi ea nu se petrece spontan). Există părinţi care, din jenă, nu-şi mai lasă copiii să-şi facă prieteni, nu mai invită pe nimeni la ei şi nu mai ies împreună cu copilul bolnav.

Nu în ultimul rând familia trebuie făcută să înţeleagă că energia copilului, starea sa de bine se află în legătură cu starea de bine, armonia şi echilibrul familiei sale. Părinţii au nevoie de puţin timp pentru ei, pentru preocupări care le fac bine, pentru cuplu în general. Nişte părinţi permanent stresaţi, obosiţi, deprimaţi, care uită să se bucure de lucrurile bune pe care le face copilul şi de micile lui progrese, o atmosferă înverşunată şi o continuă presiune în legătură cu achiziţiile sale, nu-i pot face bine acestuia.

3. STUDIU DE CAZ

3.1. Descrierea situaţie actuale.

VM, copil unic, este adus la consult de către mama sa, la 3 ani şi 8 luni. Aceasta este îngrijorată pentru că V nu ascultă, nu pare să o înţeleagă, uneori nici măcar nu pare să o cunoască. Nu interacţionează cu alţi copii, se joacă singur cu nisip ori pietricele. În ultimul timp adună beţe mici pe care le învârte între degete. Orice i se cere determină adevărate crize de furie, copilul se tăvăleşte pe jos şi devine autoagresiv (se loveşte cu pumnii peste faţă).

Comportamentul alimentar este perturbat, cel mic nedorind să mănînce decât alimente cu o anumită textură (pasate). În cursul interviului mama recunoaşte că, din grijă excesivă (de a nu se îneca) nu i-a dat alimente solide până la aproape 2 ani.

Copilul are dese treziri nocturne, somnul lui fiind ca al unui copil de câteva luni.

Nu are control sfincterian, poartă pamperşi, nu a fost pus la oliţă pentru că " se supără".

3.2. Istoricul dezvoltării

VM este copilul unic şi mult aşteptat al unui cuplu de intelectuali de peste 40 de ani (mama avea 38 de ani la naştere, tatăl – 42).

VM este descris ca un copil care a avut întotdeauna ceva aparte: a mers mai târziu (în jurul vârstei de 18 luni), nu a gângurit, nu a zâmbit niciodată, părea meditativ şi retras.

Au existat probleme alimentare (mânca foarte puţin şi nu lua în greutate) până în jurul vârstei de 1 an.

Somnul a fost, întotdeauna, agitat şi în reprize de 2-3 ore, chiar şi noaptea.

Copilul nu a avut o imunitate foarte bună, s-a îmbolnăvit des şi a fost apoi hiperprotejat: îmbrăcat gros spre a nu răci, nu a fost lăsat prea mult afară pentru a nu intra în contact cu alţi copii şi bolile acestora, a fost ţinut în ham chiar când a învăţat să meargă pentru ca să nu cadă, i-a fost pasată mâncarea spre a nu se îneca.

Mama, bunica şi o bonă s-au ocupat permanent de copil, acesta nefiind încurajat să-şi câştige autonomia pe nici un plan.

Nu a urmat nici o zi cursurile unei creşe ori grădiniţe.

Întrebată dacă a mai consultat şi alţi specialişti, mama spune că şi-a dorit să o facă dar nu a fost lăsată de către tatăl copilului, care consideră că are un copil foarte dotat. mai sensibil decât alţi copii. dar fără probleme deosebite. Crede că diagnosticele sunt puse de dragul etichetelor şi nu ajută la nimic şi consideră că V va evolua de la sine.

3.3. Observaţia clinică

Copilul este armonios dezvoltat, având înălţimea şi greutatea normale pentru vârsta lui.

- mimica este hipomobilă, nu are contact vizual decât foarte rar, nu răspunde atunci când este strigat pe nume;
- limbajul este nefuncţional, ecolalic;
- nu se joacă adecvat cu jucăriile, le scutură, le învârte sau le trânteşte;
- comunicarea constă în a trage adultul după el şi a-i îndrepta mâna spre obiectul dorit ;
- lipseşte atenţia conjugată, conduita de *pointing* fiind absentă ;
- nu imită spontan ;
- pensa nu este formată, apucă creionul în pumn şi mâzgăleşte (nu poate colora în cadrul unui contur) ;
- nu cunoaşte părţile corpului ;
- nu poate rezolva un puzzle sau incastru;
- prezintă stereotipii (ia creioane din suport şi le învârte mult timp între degete) ;

3.4. Consilierea familiei

În cazul de faţă mama dorea să i se comunice diagnosticul, avea nevoie ca cineva să-i confirme bănuielile, în ciuda rezervei tatălui copilului. Pentru ea era esenţial să i se spună de către un specialist că lucrurile nu evoluează normal şi că este nevoie de o schimbare.

Am considerat că, în afară de simptomele TSA (evident prezente), o mare parte din neajutorarea copilului era cauzată de mediul hiperprotector creat.

Fără a condamna educaţia oferită până atunci copilului, am sfătuit mama să înceapă antrenamentul pentru controlul sfincterian, să încerce să-i ofere gustările favorite şi sub o altă formă decât cea obişnuită (pasat), să-l înveţe deprinderi minime de autoservire (să bea ţinând singur cana, să mănânce folosind linguriţa, să se spele pe mâini, să-şi scoată de pe el lucrurile care au fost descheiate etc.).

Am considerat că poate să susţină financiar şi i-am recomandat un program de terapie ABA intensiv, combinat cu ore de sport (înot) şi joacă alături de alţi copii (socializare).

În acelaşi timp, am sfătuit-o ca, după o perioadă în care copilul va învăţa să răspundă unor cerinţe simple (să stea pe scaun, să stea la masă, să ceară la toaletă, să poată mânca fără ajutor etc), să încerce să –l integreze într-o grădiniţă cu copii tipici, însoţit de shadow.

I-am explicat faptul că orice copil are nevoie de grupul de egali, că imitaţia se realizează mai uşor între aceştia şi că este cumva nefiresc să trăiască doar între adulţi care-i întreţin starea de dependenţă.

În privinţa tatălui copilului, am sfătuit-o să-l implice pe acesta cât mai mult, fără a încerca neapărat să-l convingă de justeţea diagnosticului.

4. CONCLUZII

Punerea diagnosticului de către psihologul clinician nu este decât primul pas din demersul pe care, în opinia noastră. acest specialist trebuie să-l întreprindă.

Familia are nevoie de o opinie de încredere, de informaţii de specialitate privind tulburarea. modalităţile de intervenţie, persoanele abilitate să o facă.

Mai mult decât atât, este important înțelegerea exactă a dinamicii fiecărui sistem familial în parte pentru a putea oferi alternative viabile.

Părintele trebuie să se simtă înțeles, nu judecat, are dreptul să pună și să i se răspundă la întrebări, trebuie să i se ofere suport emoțional în cazurile în care modalitățile sale de coping sunt depășite.

Un părinte echilibrat emoțional și înarmat cu cunoștințe despre modalitățile de educare adecvate, despre atitudinile dezirabile în raport cu copilul său, are mult mai multe șanse să însoțească echipa terapeutică în lungul drum pe care-l presupune recuperarea.

Sunt foarte multe modalităţile prin care părinţii încearcă să se apere de evidenţă: negarea problemei, minimalizarea ei, deplasarea etc. Foarte des, în relatările părinţilor ne-au atras atenţia sintagme ca: *nu vorbeşte pentru că este leneş, îmi seamănă mie (*sau bunicului, unchiului etc*), înţelege tot ce –i spunem, dar nu vrea să facă, este şmecher,* copilul nu este retras, nu e într-o lume a lui, ci *e timid,* nu face crize de furie ci *are personalitate,* cînd merge pe vârfuri *e atât de drăgălaş,* când nu-ţi răspunde *e preocupat, meditativ etc.*

Este greu, uneori imposibil, să distrugi aceste defense. Uneori, în ciuda lor, părintele este dispus să lucreze pentru copil şi împreună cu acesta. Apărările îl ajută să poată merge mai departe.

Există, din păcate, și familii în cazul cărora realizăm că părinţii nu vor reuși să ajute copilul, ei voind doar să se apere de neplăcerea pe care o reprezintă cunoaşterea diagnosticului.

5. BIBLIOGRAFIE:

American Psychiatric Association (2000). *DSMIV – R,* Washington DC;

Corsello M, Christina (2005). Early Intervenţion in Autism in *Infants and Young Chidren, vol.18, no.2, pp.74 -85,* Lippincot Williams &Wilkins, Inc.

Cucuruz, Daniela (2004). *Autism – cartea pentru părinți,* Editura Licenția Publishing, București;

Dobrescu, Iuliana (2010). *Manual de Psihiatrie a Copilului și adolescentului,* Editura Infomedica, Bucureşti;

Exkorn, Karen Siff, (2010). *Să înțelegem autismul,* Editura Aramis, Bucureşti;

Georgescu, M., (2008). *Introducere în consilierea psihologică,* Editura Fundaţiei *România de Mâine,* Bucureşti;

Harris, S.L., Handleman, J.S. (2000. Age and IQ as predictors of placement for young children with autism: A four – to six year follow –up. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 30 (2), 137-142;

Leaf, R., McEachin, J.coord., (2009), *Ghid de terapie ABA,* Editura Frontiera, București;

Marcelli, D., (2003). *Tratat de psihopatologie a copilului,* Editura Fundaţiei Generaţia, Bucureşti;

Predescu, L.(2011), *Cu autismul la psiholog,,* Editura *For You,* Bucureşti ;

Sheinkopf, S.J., Siegel, B. (1998). Home based behavioral treatment of young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 28(1), 15 – 2.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a III-a:
PSIHOLOGIA MUNCII ŞI ORGANIZAŢIONALĂ:
ASPECTE SOCIALE ALE MEDIULUI DE MUNCĂ

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DIAGNOZA STRESULUI ÎNTR-O COMPANIE PRODUCĂTOARE DE MATERIALE DE CONSTRUCŢII

ROXANA, ALDEA-CAPOTESCU[1], CORINA, DOROGA[2]
[1] Centrul de Studii Organizaţionale Avansate, capotescu_roxana@yahoo.com
[2] Spitalul Clinic CF Cluj, cdoroga@yahoo.com

ABSTRACT: This study involved 100 employees (43 men and 57 women) from a company producing building materials, with an average age of 45 years (SD = 9.28). To assess the level of occupational stress, participants completed the Health Safety Executive Indicator (HSE); job satisfaction was assessed using JDI (Smith et al., 1969) and emotions were measured with MEST-Ro (Levine & Xu, 2005).
Following the directions proposed by the European Agency for Safety and Health at Work regarding health risks at work for women and active aging at work, this study identified several gender differences: in the perception of job demands (t(98)=-2.07, p=.04), in social support received from the boss (t(98)=-2.73, p=.00), in satisfaction with current work (t(98)=-2.91, p=.00) and with current salary (t(98)=-2.50, p=.01). Significant differences between three age groups appear in the case of emotions related to work (for negative affectivity-state, F(2.97)=3.84, p=.02) and positive affectivity-state F(2.97)=6.56, p=.00).
Key words: occupational stress, job satisfaction, emotions, gender differences, active aging

1. INTRODUCERE

În ultimele câteva decenii s-a produs o schimbare dramatică pe piaţa muncii şi la nivelul profilelor demografice ale angajaţilor. S-a produs o trecere de la rolul tradiţional al bărbatului de întreţinător al familiei la cuplurile în care ambii membri produc venituri şi la familiile monoparentale. În ceea ce priveşte mediul muncii, organizaţiile solicită angajaţilor flexibilitate şi productivitate din ce în ce mai crescute. Serviciul tradiţional „pe viaţă" practic a dispărut în mediul economic actual caracterizat prin instabilitate şi incertitudine.

De asemenea, s-au schimbat perspectivele şi aşteptările angajaţilor cu privire la muncă. Noile orientări spre învăţarea pe tot parcursul vieţii, dezvoltare personală şi dezvoltarea carierei şi conştientizarea în creştere a nevoii de echilibru între muncă şi viaţa personală au afectat organizaţiile în sensul impunerii necesităţii de a adopta politici prin care să promoveze sănătatea, siguranţa şi starea de bine a angajaţilor (*European Agency for Safety and Health at Work, 2012. Family Issues And Work-Life Balance*).

În 2009, Fundaţia Europeană pentru Îmbunătăţirea Condiţiilor de Viaţă şi Muncă (*The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2010*) a realizat un studiu asupra evoluţiei programului de muncă în ţările Uniunii Europene. Rezultatele au evidenţiat că săptămâna de lucru medie pentru Uniunea Europeană a fost de 38.7 ore. Totuşi, luând în considerare auto-raportările angajaţilor asupra orelor reale lucrate de angajaţii cu program full-time. pentru 20 dintre cele 28 de ţări ale Uniunii Europene orele săptămânii de lucru au depăşit această medie. România, alături de Malta, Luxemburg şi Marea Britanie au cel mai mare număr real de ore lucrate pe săptămână, în timp ce Finlanda, Irlanda, Franţa şi Italia au cel mai redus număr de ore lucrate (*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions , 2011. Working Longer Requires Better Learning*). Apar diferenţe şi între bărbaţi şi femei în ceea ce priveşte numărul real de ore lucrate săptămânal; bărbaţii le depăşesc pe femei în ceea ce priveşte orele lucrate în toate ţările, cu o diferenţă medie de 2.1 ore pentru EU27. În ansamblu, aceste statistici sugerează că angajaţii lucrează mai multe ore, dar ilustrează că există diferenţe între ţările Uniunii Europene.

Conţinutul muncii a suferit de asemenea modificări; se remarcă o creştere a necesităţii ca angajaţii să fie adaptabili, să aibă deprinderi multiple şi să aibă abilitatea de a lucra intensiv cu termene-limită (*Eurofound – European Agency for the Improvement of Living and Working Conditions, 2005. Living to work-working to live: Tomorrows work-life balance in Europe*). În EU27, aproximativ 60% dintre angajaţi percep că cel puţin un sfert din timpul lor de muncă impune necesitatea de a lucra cu o viteză foarte mare (*Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions , 2011. Working Longer Requires Better Learning*).

2. ASPECTE TEORETICE

2.1. Inegalităţile de gen la locul de muncă

Inegalităţile de gen la locul de muncă şi de problemele legate de echilibrul muncă-viaţă personală au devenit din ce în ce mai importante în condiţiile creşterii ratei de ocupare a femeilor în toate statele membre ale Uniunii Europene. Dar. deşi în 2009. 58.6% din forţa de muncă europeană (UE-27) era de sex feminin şi femeile au ocupat 59% din totalul locurilor de muncă nou create, măsura în care femeile contribuie din punct de vedere economic pare să fie subestimată (*European Risk Observatory, 2011. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work*). Organizarea modernă a muncii, bazată pe o economie a cunoaşterii, a competitivităţii şi locuri de muncă mai multe şi mai bune reprezintă elemente esenţiale pentru Strategia post-2010 de la Lisabona şi Strategia UE 2020 (Fundaţia Europeană pentru Îmbunătăţirea Condiţiilor de Viaţă şi de Muncă, 2010). Femeile sunt esenţiale pentru forţa de muncă în ceea ce priveşte furnizarea unei surse active şi

durabile de forţă de muncă. În acest context, Consiliul European a stabilit în iunie 2010 un nou obiectiv ambiţios şi anume de a creşte la 75% rata ocupării forţei de muncă până în 2020 pentru femei şi bărbaţi cu vârsta cuprinsă între 20 şi 64 ani, inclusiv prin o mai mare participare a tinerilor, lucrătorilor vârstnici şi a lucrătorilor cu nivel scăzut de calificare şi o mai bună integrare a imigranţilor legali (Fundaţia Europeană pentru Îmbunătăţirea Condiţiilor de Viaţă şi de Muncă, 2010). Dar, deşi rata de ocupare în cazul femeilor este în creştere, se impune în continuare adoptarea a numeroase măsuri, mai ales pentru femeile mai în vârstă şi mai tinere, pentru a atinge acest obiectiv şi în acelaşi timp, pentru a se asigura condiţii de muncă decente pentru toţi angajaţii.

Problema securităţii şi sănătăţii în muncă pentru femeile care lucrează în cadrul Uniunii Europene (UE) este esenţială pentru o bună înţelegere a mediului muncii. Studiile anterioare au aratat că sănătatea şi siguranţa în muncă a femeilor trebuie să fie îmbunătăţite. Cercetările realizate de Comisia Europeană încă din 1995 au ilustrat faptul că rata de îmbolnăvire a femeilor a fost de aproape sau de peste 50% pentru toate cazurile de afecţiuni, de exemplu, alergii (45%), boli infecţioase (61%), probleme neurologice (55%), şi afecţiuni hepatice şi dermatologice (48%), iar situaţia nu s-a îmbunătăţit semnificativ până în prezent (*European Risk Observatory, 2011. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work*). Mai mult, locurile de muncă ocupate în mod preponderent de femei, cum ar fi cele în cadrul serviciilor de sănătate şi sociale, în vânzările cu amănuntul şi în sectorul hotelier, au evidenţiat o creştere a ratelor de accidente, inclusiv de accidente mortale; în acelaşi timp, femeile sunt mai susceptibile de a fi intimidate şi hărţuite, inclusiv de a deveni victime ale hărţuirii sexuale, şi sunt obligate să utilizeze echipament individual de protecţie neadaptat nevoilor acestora.

2.2. Rolul lucrătorilor în vârstă în Uniunea Europeană

Proporţia lucrătorilor în vârstă în Uniunea Europeană va creşte în următoarele câteva decenii. Tendinţele populaţiei UE-27 cu vârstă de muncă indică faptul că grupa de vârstă 55-64 de ani va creşte între 2010 şi 2030 cu aproximativ 16,2% (9,9 milioane); toate celelalte grupe de vârstă arată o tendinţă de scădere, de la 5,4% (40-54 ani) la 14,9% (25-39 ani) (Ilmarinen, 2012). Această schimbare demografică accentuată se datorează speranţei de viaţă mai mari şi ratei mai mici de fertilitate. Consecinţa este faptul că forţa de muncă europeană va fi mai în vârstă decât oricând înainte. În numeroase ţări europene, lucrătorii vârstnici vor reprezenta până la 30% sau chiar un procent mai mare din populaţia aptă de muncă. Ratele de ocupare a lucrătorilor în vârstă (55-64 ani) din UE-27 sunt în prezent mai mici de 50%, iar la nivel mondial doar 15 ţări prezintă o rată de ocupare a lucrătorilor în vârstă mai mare de 50%. Mai mult de jumătate dintre lucrătorii în vârstă părăsesc locul de muncă înainte de vârsta obligatorie de pensionare. pentru o varietate de motive (Ilmarinen, 2012). Prin urmare, Uniunea Europeană recunoaşte ca imperios necesară asigurarea unor cariere profesionale mai bune şi de durată pentru a finanţa şi a sprijini o viaţă mai lungă a cetăţenilor europeni.

În acest context, decretarea anului 2012 ca anul european al îmbătrânirii active are drept scop de a promova calitatea vieţii şi bunăstarea populaţiei europeane, în special a persoanelor în vârstă, şi de a promova solidaritatea între generaţii. O viaţă de muncă mai bună reprezintă o platformă importantă de promovare a îmbătrânirii active. Prin urmare, sănătatea şi securitatea în muncă joacă un rol crucial în asigurarea îmbătrânirii active, printr-o viaţă de muncă mai bune şi mai lungă. Un mediu de muncă sănătos promovează, de asemenea, cooperarea între generaţia tânără, de vârstă mijlocie şi generaţia vârstnică.

2.2.1. Unele date despre îmbătrânire

Pe termen lung, problemele legate de sănătate şi în special de boli cronice cresc odată cu vârsta. Prin urmare, aproximativ 30% dintre bărbaţii şi femeile din grupa de vârstă 50-64 ani au nevoie de ajustări urgente la locul de muncă datorită unor probleme de sănătate, pentru a preveni riscurile de pensionare anticipată şi de invaliditate de muncă. Cele mai mari probleme de sănătate sunt afecţiunile musculo-scheletale şi tulburările mentale. Depresia este, de asemenea, în prezent unul dintre cele mai comune motive pentru incapacitate de muncă şi pensionarea timpurie (Health and Safety Executive, 2004, 2005, 2006, 2009). Declinul în capacitatea de muncă fizică odată cu vârsta este clar: capacitate cardio-respiratorie şi forţa musculară se deteriorează cu aproximativ 1-2% pe an după vârsta de 30 de ani. Capacitate fizică mai scăzută este în principal o problemă în activităţile cu un volum de muncă fizică mare; aproximativ 30% din locurile de muncă din Europa de azi implică poziţii fizice necorespunzătoare în timpul desfăşurării activităţilor, manipularea de obiecte grele sau muncă repetitivă (Ilmarinen, 2012). Menţionăm că există totuşi o arie largă de diferenţe individuale în capacitatea de funcţionare şi starea de sănătate la orice vârstă. Majoritatea lucrătorilor în vârstă au posibilitatea de a se bucura de o sănătate bună şi o capacitate fizică adecvată. De asemenea, deşi capacitatea fizică şi starea de sănătate se deteriorează pe măsură ce îmbătrânim, o serie de funcţii se pot îmbunătăţi odată cu înaintarea în vârstă.

Creşterea mentală reprezintă „povestea de succes" a procesului de îmbătrânire *(Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions, 2011. Working Longer Requires Better Learning)*. De exemplu, gândirea strategică, consideraţia, înţelepciunea, capacitatea de a delibera, capacitatea de a raţiona, controlul asupra diferitelor aspecte de viaţă, percepţia holistică şi îmbunătăţirea competenţelor lingvistice se îmbunătăţesc odată cu vârsta. Lucrătorii vârstnici sunt, de asemenea, mai antrenaţi şi implicaţi în activitatea lor, mai loiali faţă de angajatorul lor şi de multe ori înregistrează rate mai scăzute de absenteism comparativ cu alte grupe de vârstă. Experienţă de muncă şi de gestionare a timpului se îmbunătăţesc cu vârsta, de asemenea. Studiile asupra performanţei de lucru la locul de muncă au arătat că experienţa de lucru compensează declinul unor procese cognitive de bază, cum ar fi funcţiile memoriei şi abilităţile psihomotorii.

Vârsta şi experienţa de muncă îmbunătăţesc, de asemenea, capitalul social valoros al lucrătorilor: cresc

competenţa profesională, cunoştinţele tacite, abilităţile de cooperare, se îmbunătăţeşte gradul de conştientizare cu privire la structura organizaţiei şi funcţiile sale, se extind reţelele contacte cu clienţii şi se îmbunătăţeşte înţelegerea cu privire la schimbările din mediul de muncă. Lucrătorii vârstnici pot învăţa lucruri noi.

Deşi învăţarea nu este dependentă de vârstă, procesele de învăţare se modifică odată cu vârsta. Prin urmare, este important ca lucrătorii mai în vârstă să aibă acces la formare profesională şi oportunităţi egale pentru a învăţa abilităţi noi şi a-şi actualiza competenţele profesionale. În acest context, menţionăm că ar trebui să fie utilizate strategiile de învăţare şi metodele didactice adaptate pentru învăţarea pe tot parcursul vieţii.

2.3. Diagnoza stresului ocupaţional

Stresul rămâne un concept abstract, însumând o arie largă de probleme psihologice şi fiziologice. Potrivit Health and Safety Executive (HSE), stresul este un răspuns aversiv sau dăunător al organismului la presiuni sau solicitări din mediu, în special când solicitările muncii depăşesc capacităţile sau resursele lucrătorului (Health and Safety Executive, *How to tackle work-related stress. A guide for employers on making the Management Standards work. 2009*).

Potrivit Directivei Cadru Europene 89/391 (*European Framework Directive 89/391*) asupra sănătăţii şi siguranţei în muncă, toţi angajatorii au obligaţia legală de a proteja siguranţa ocupaţională şi sănătatea lucrătorilor; aceasta include şi problemele legate de stresul ocupaţional, în măsura în care acestea constituie un risc pentru sănătate şi siguranţă. Deşi numeroase ţări au dezvoltat o legislaţie asupra organizării muncii şi condiţiilor de muncă, totuşi, puţine menţionează în mod explicit stresul ocupaţional. În Marea Britanie, spre exemplu, au existat unele dezbateri cu privire la măsura în care managementul stresului ocupaţional ar trebui reglementat prin legislaţie (HSC 1999, citat în Chandola, 2010). Totuşi, această discuţie a fost abandonată în favoarea unui Cod de Practici Aprobate (Approved Code of Practice), concretizat ulterior într-un set de Standarde de management al stresului, care să ghideze angajatorii în ceea ce priveşte stresul ocupaţional.

În România, Comisia de Muncă, Servicii şi Transporturi (CMST) din cadrul Colegiului Psihologilor din România a formulat standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor din domeniul psihologiei muncii, industriale şi organizaţionale în vederea optimizării activităţii psihologilor practicieni, în cadrul cărora se includ şi standardele privind evaluarea şi intervenţiile în domeniul stresului ocupaţional (Standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor care activează în domeniul psihologiei muncii, industriale şi organizaţionale, 2007).

2.4. Diagnoza stresului ocupaţional într-o organizaţie producatoare de materiale de construcţii

Procedura de diagnoză utilizată în studiul prezent se bazează pe integrarea tuturor domeniilor-cheie ce pot fi gestionate pentru reducerea stresului ocupaţional propuse de Colegiul Psihologilor din România: solicitări (încărcarea muncii, grupările de sarcini de muncă şi solicitări generate de mediul de muncă), control (nivelul de control asupra desfăşurării muncii perceput de angajat), suport (încurajarea, sponsorizarea şi resursele furnizate de organizaţie, manageri de linie şi colegi), relaţii (promovarea unui context de muncă pozitiv, evitarea conflictelor şi gestionarea comportamentelor indezirabile), rol (măsura în care angajaţii îşi înţeleg rolul în cadrul organizaţiei şi organizaţia se asigură că nu apar conflicte de rol).

Obiectivele acestui studiu diagnostic au fost următoarele:

- Furnizarea unei prezentări statistice a tendinţelor în ocuparea forţei de muncă şi integrarea femeilor şi persoanelor vârstnice din cadrul unei organizaţii producatoare de materiale de construcţii, şi de a explora modul în care acestea au un impact asupra siguranţei lor şi sănătăţii în muncă;
- Explorarea în profunzime a unor problemele mai puţin investigate în cadrul organizaţiilor româneşti, cum ar fi expunerea combinată la factori de risc/ stresori ocupaţionali, utilizarea surselor de suport social în mediul de muncă, satisfacţia cu munca şi emoţiile angajaţilor;
- Identificarea şi propunerea unor direcţii de intervenţie în domeniul sănătăţii ocupaţionale şi de prevenire a stresului ocupaţional particularizate pentru organizaţia care a făcut obiectul studiului diagnostic, bazate pe integrarea diferenţelor de gen şi de vârstă.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

3.1. Participanţi

La acest studiu au participat 100 angajaţi, dintre care 43 sunt bărbaţi şi 57 femei, din cadrul unei companii producătoare de materiale de construcţii. Vârsta medie (M) a participanţilor este de 45 ani, cu o abatere standard de 9.28; limitele de vârstă sunt de 26, respectiv 62 ani. În ceea ce priveşte starea civilă a participanţilor, 68% sunt căsătoriţi, 3% coabitează cu o persoană, 12% sunt necăsătoriţi, 4% au statutul de „recăsătorit", 2% au statutul de „separat" şi 4% de „văduv". Distribuţia participanţilor în funcţie de nivelul de studii atins este următoarea: 52% au studii liceale, 39% sunt absolvenţi de studii superioare, 4% dintre participanţi au absolvit un masterat ca ultimă şcoală, iar 5% dintre participanţi au absolvit un doctorat.

3.2. Instrumente de măsură

Indicatorul de Stres Ocupational Health Safety Executive (*HSE*, 2004, 2005, 2006) este alcătuit din 35 de itemi grupaţi în şase scale separate care măsoară dimensiuni relaţionate cu stresul ocupaţional: Solicitările muncii (8 itemi), Controlul perceput în muncă (6 itemi), Suportul şefului (5 itemi), Suportul colegilor de muncă (4 itemi), Relaţiile la locul de muncă (4 itemi) Schimbările la locul de muncă (3 itemi) şi Rolul în organizaţie (5 itemi). Răspunsurile la fiecare item sunt date pe o scală Likert de 5 puncte (1=acord puternic, 5=dezacord puternic). Calităţile psihometrice ale instrumentului au fost demonstrate în trei anchete reprezentative la nivel naţional asupra condiţiilor psihosociale de muncă realizate în Anglia (Health and Safety Executive, 2004, 2005, 2006).

Satisfacţia faţă de actualul loc de muncă. Indexul Descriptiv al Postului (*JDI*, Smith şi colab., 1969, citaţi în Kinicki, McKee-Ryan, Schriesheim & Carson, 2002) este proiectat pentru a măsura satisfacţia angajaţilor cu

munca lor. După 40 de ani de cercetări, JDI rămâne unul dintre cele mai utilizate instrumente de evaluare a satisfacţiei cu munca (Kinicki, McKee-Ryan, Schriesheim & Carson, 2002). Numeroasele cercetări desfăşurate cu JDI susţin fidelitatea şi validitatea acestui instrument. JDI evaluează şase faţete ale satisfacţiei cu munca: satisfacţia cu beneficiile, satisfacţia cu recompensele, satisfacţia cu maniera de lucru, satisfacţia cu colegii de muncă, satisfacţia cu munca, satisfacţia cu comunicarea în organizaţie. Scala Satisfacţia cu munca a fost dezvoltată pentru a evalua satisfacţia globală cu postul, o evaluare a constructului global de satisfacţie cu munca putând fi obţinută şi prin calcularea scorului total. Subscalele conţin fie 9, fie 18 itemi, numărul total de itemi fiind de 72.

Măsurarea Emoţiilor Stare-Trăsătură (*MEST-Ro* Levine şi Xu, 2005). Acest chestionar este constituit din cinci emoţii pozitive şi cinci emoţii negative. Ele se referă la următoarele variabile: mânie, anxietate, tristeţe, invidie, vinovăţie/ruşine (afectivitate negativă) şi bucurie, afecţiune, mândrie, mulţumire, vigilenţă / energie (afectivitate pozitivă). Participanţilor li se cere să evalueze pe o scală de 10 puncte construită pe baza unui principiu similar scalelor de evaluare cu ancore comportamentale (BARS) (Pitariu et al., 2006), emoţiile specifice relaţionate cu munca experienţiate în momentul prezent (Stare) şi emoţiile relaţionate cu munca experienţiate în general (Trăsătură). Studiile anterioare dovedesc calităţile psihometrice bune ale versiunii româneşti a instrumentului (Pitariu et al., 2006; Levine et al., 2011).

Intenţia de părăsire a organizaţiei. În calitate de indicator al gradului de satisfacţie faţă de actualul loc de muncă s-a folosit întrebarea „*De câte ori v-aţi gândit serios să vă schimbaţi serviciul actual în ultimele 3 luni?*". Răspunsurile au fost date pe o scală likert de la 1 la 6, unde 1=niciodată, 2=foarte rar, 3=rareori, 4=uneori, 5=frecvent, 6=foarte frecvent.

Indicatori ai stării de sănătate fizică. Starea de sănătate fizică a participanţilor a fost evaluată prin răspunsul la două întrebări: „*Câte zile de concediu medical aţi avut în ultimele 3 luni?*", respectiv „*De câte ori aţi fost la medic în ultimele 3 luni?*". Răspunsurile la întrebarea legată de concediul medical au fost operaţionalizate în număr de zile, iar răspunsurile la întrebarea legată de vizitele medicale a fost operaţionalizată în număr de vizite medicale efectuate în perioada specificată.

3.3. Procedura

Cei 100 participanţi au fost integraţi în studiu pe bază de voluntariat, nefiind utilizată nicio modalitate de recompensare. Şedinţa de completare a chestionarelor a debutat cu oferirea de instrucţiuni care să faciliteze completarea în condiţii optime a chestionarului, iar pe parcursul completării au fost oferite lămuriri suplimentare în condiţiile în care acestea au fost solicitate de participanţi.

4. REZULTATE ŞI DISCUŢII

Tabelul 1 conţine statisticile descriptive privitor la scorurile obţinute la scalele din cadrul Indicatorului de Stres Ocupational HSE (2004, 2005, 2006), JDI (Smith et al., 1969) şi MEST-Ro Levine & Xu, 2005); de asemenea, sunt incluşi în tabel coeficienţii Alpha pentru toate scalele utilizate în studiul diagnostic.

Tabelul 1. Statisticile descriptive pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Media	Abaterea standard	Minim	Maxim	Coeficient Alpha
Solicitările muncii	3.17	.59	1.62	4.62	.78
Controlul perceput în muncă	3.43	.62	1.50	4.83	.76
Suportul şefului	3.27	.70	1.00	4.40	.71
Suportul colegilor de muncă	3.59	.61	1.50	4.50	.67
Relaţiile la locul de muncă	3.71	.56	2.50	4.75	.45
Schimbările la locul de muncă	2.95	.91	1.00	5.00	.77
Rolul în cadrul organizaţiei	3.86	.61	2.40	5.00	.67
JDI satisfacţia cu munca actuală	30.12	10.23	7.00	54.00	.77
JDI satisfacţia cu salariul prezent	19.98	16.12	.00	50.00	.85
JDI satisfacţia cu oportunităţile de promovare	17.38	11.96	.00	54.00	.68
JDI satisfacţia cu şeful	29.00	9.43	6.00	51.00	.67
JDI satisfacţia cu colegii de muncă	32.38	12.25	3.00	54.00	.84
JDI satisfacţia cu serviciul în general	31.29	11.07	7.00	54.00	.81
MEST-Ro afectivitatea negativă stare	16.51	6.99	6.00	35.00	.61
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	16.54	6.55	6.00	34.00	.58
MEST-Ro afectivitatea pozitivă stare	25.32	7.08	12.00	46.00	.71
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	26.65	6.82	11.00	43.00	.69

În general, coeficienţii Alpha Cronbach au valori adecvate sau foarte bune, dovedind o consistenţă internă bună a scalelor utilizate; singura scală în cazul căreia s-a obţinut o valoare scăzută a acestui indicator este cea care evaluează relaţiile la locul de muncă din cadrul Indicatorului HSE.

În ceea ce priveşte indicatorii nivelului de stres ocupaţional evaluaţi cu Indicatorul HSE, şi anume solicitările muncii, controlul perceput în muncă, suportul şefului, suportul colegilor de muncă, relaţiile la locul de muncă, schimbările la locul de muncă şi rolul în organizaţie se observă că aceştia se încadrează în limite normale, rezultatele obţinute fiind similare celor obţinute în studii anterioare (Capotescu, 2009).

La nivelul dimensiunilor satisfacţiei cu munca, valori medii scăzute, problematice, sunt observate în cazul satisfacţiei cu salariul prezent (M=19.98) şi la nivelul satisfacţiei cu oportunităţile de promovare în cadrul organizaţiei (M=17.38). Cele mai ridicate valori medii se remarcă în cazul satisfacţiei cu colegii de muncă (32.38).

Un element deosebit de relevat în cadrul unei diagnoze organizaţionale este considerarea vechimii în organizaţie a participanţilor. Tabelul 2 prezintă sub formă de frecvenţe şi procente datele privind vechimea în organizaţie a participanţilor la studiul prezent.
Un procent semnificativ dintre participanţii la studiu au o vechime mare în organizaţie. Astfel, 20% dintre participanţi au o vechime în organizaţie cuprinsă între 5 şi 10 ani, 17% au o vechime cuprinsă între 10 şi 15 ani şi 37% au o vechime de peste 15 ani în organizaţie. Un procent de 15% dintre participanţi au o vechime medie, cuprinsă între un an şi cinci ani, iar numărul celor cu vechime scăzută este mai scăzut: 6% dintre participanţi au o vechime cuprinsă între 6 luni şi un an şi 5% s-au angajat în ultimele 6 luni.

Tabelul 2. Vechimea în organizaţie

Vechimea în organizaţie	Frecvenţă	Procent
mai putin de 6 luni	5	5.0
6 luni - 1 an	6	6.0
1-5 ani	15	15.0
5-10 ani	20	20.0
10-15 ani	17	17.0
peste 15 ani	37	37.0

Tabelul 3 prezintă valorile medii obţinute pe lotul de participanţi din studiul prezent la scalele Indicatorului de Stres Ocupaţional HSE raportate la nivelele - ţintă propuse de Health and Safety Executive (2004) pentru intervenţiile de reducere a stresului ocupaţional.

Tabelul 3. Nivele – ţintă pentru intervenţiile de reducere a stresului ocupaţional

Scala	Valorile medii obţinute în studiul prezent	Nivele – ţintă pentru intervenţiile de reducere a stresului ocupaţional (Health and Safety Executive ,2004)
Solicitările muncii	3.17	4.25
Controlul perceput în muncă	3.43	4.33
Suportul şefului	3.27	4.6
Suportul colegilor de muncă	3.59	4.75
Relaţiile la locul de muncă	3.71	4.75
Schimbările la locul de muncă	2.95	4.0
Rolul în cadrul organizaţiei	3.86	5.0

Valorile medii pentru lotul global se situează sub cele identificate de Health and Safety Executive (2004) drept critice şi impunând intervenţii pentru reducerea efectelor negative ale stresorilor (Tabelul 3). Din acest motiv, am realizat în continuare o serie de analize în cadrul cărora am luat în considerare genul şi vârsta participanţilor, pentru a putea identifica posibilele grupuri vulnerabile la stres în rândul acestora.

Analiza mediilor participanţilor încadraţi în trei grupe de vârstă – sub 40 de ani, între 40 şi 50 de ani şi peste 50 de ani relevă un nivel funcţional pe toate dimensiunile indicatorului HSE. Valorile medii pentru toate cele trei grupuri de vârstă se înscriu sub valorile-limită considerate de risc major de stres ocupaţional, după cum se poate observa în Tabelul 4.

Tabelul 4. Mediile şi abaterile standard pe grupe de vârstă: sub 40 ani (N=34), între 40 şi 50 de ani (N=32) şi peste 50 ani (N=34)

	Grup 1 (vârstă sub 40 ani) N=34		Grup 2 (vârstă între 40 şi 50 ani) N=32		Grup 3 (vârstă peste 50 ani) N=34	
Scala	**Media**	**Abaterea standard**	**Media**	**Abaterea standard**	**Media**	**Abaterea standard**
Solicitările muncii	3.23	.56	3.10	.71	3.18	.51
Controlul perceput în muncă	3.30	.57	3.45	.71	3.53	.57
Suportul şefului	3.22	.64	3.33	.76	3.25	.70
Suportul colegilor de muncă	3.63	.66	3.57	.58	3.55	.61
Relaţiile la locul de muncă	3.72	.59	3.64	.62	3.76	.47
Schimbările la locul de muncă	2.76	.89	3.07	.95	3.02	.89
Rolul în cadrul organizaţiei	3.70	.56	3.96	.62	3.94	.64

Diferenţe de gen

Investigarea diferenţelor de gen pentru toate variabilele luate în studiu a fost realizată prin utilizarea testului t pentru eşantioane independente. Rezultatele obţinute sunt prezentate în Tabelul 5.
Studiul prezent a evidenţiat diferenţe semnificative de gen în ceea ce priveşte percepţia asupra solicitărilor muncii (t(98)= -2.07, p=.04), suportul social primit din partea şefului (t(98)= -2.73, p=.00), dar şi la nivelul percepţiei rolului în cadrul organizaţiei (t(98)= -2.39, p=.01). La nivel de satisfacţie cu munca, apar diferenţe între angajaţii bărbaţi şi femei la nivelul următoarelor dimensiuni evaluate cu JDI: satisfacţia cu munca actuală (t(98)= -2.91, p=.00) şi satisfacţia cu salariul prezent (t(98)= -2.50, p=.01). La nivelul emoţiilor relaţionate cu munca evaluate ca stare şi ca trăsătură nu apar diferenţe de gen semnificative statistic.

Tabelul 5. Diferenţele între bărbaţi şi femei pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Diferenţe de gen
Solicitările muncii	t(98)= -2.07,
Controlul perceput în muncă	t(98)= -.53, p=.59
Suportul şefului	t(98)= -2.73,
Suportul colegilor de muncă	t(98)= -.75, p=.45
Relaţiile la locul de muncă	t(98)= -1.15,
Schimbările la locul de muncă	t(98)= -1.38,
Rolul în cadrul organizaţiei	t(98)= -2.39,
JDI satisfacţia cu munca actuală	t(98)= -2.91,
JDI satisfacţia cu salariul prezent	t(98)= -2.50,
JDI satisfacţia cu oportunităţile de promovare	t(98)= .21, p=.83
JDI satisfacţia cu şeful	t(98)= -.94, p=.34
JDI satisfacţia cu colegii de muncă	t(98)= .99, p=.32
JDI satisfacţia cu serviciul în general	t(98)= 1.75, p=.08
MEST-Ro afectivitatea negativă	t(98)= .40, p=.68
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	t(98)= 1.16, p=.24
MEST-Ro afectivitatea pozitivă stare	t(98)= 1.17, p=.24
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	t(98)= .11, p=.90

Diferenţe de gen privind intenţia de părăsire a organizaţiei, numărul real de ore lucrate şi starea de sănătate fizică

Intenţia de părăsire a organizaţiei: în studiul prezent, nu apar diferenţe semnificative între bărbaţi şi femei în ceea ce priveşte intenţia de părăsire a organizaţiei, evaluată în studiul prezent pe baza răspunsurilor participanţilor la întrebarea „De câte ori v-aţi gândit serios să vă schimbaţi serviciul actual în ultimele 3 luni?": rezultatele testului U al lui Mann-Whitney: z= -.56, p=.57.

Nu apar diferenţe semnificative între bărbaţi şi femei nici în ceea ce priveşte **numărul real de ore lucrate** pe săptămână (t(98)= -.14, p=.88).

În ceea ce priveşte **starea de sănătate fizică**, numărul de zile de concediu medical avute în ultimele trei luni (t(98)= -.32, p=.74) şi numărul de vizite medicale din ultimele trei luni (t(98)= -1.04, p=.30) nu diferă semnificativ în funcţie de gen.

Diferenţe de vârstă

O caracteristică demografică relevantă este împărţirea echilibrată a angajaţilor pe categorii de vârstă în cadrul organizaţiei supuse diagnozei, situaţie mai puţin întâlnită în organizaţiile româneşti. Acest fapt a permis analiza mai detaliată asupra variabilelor de interes, şi anume dimensiunile relaţionate cu stresul ocupaţional, satisfacţia cu munca şi prin considerarea influenţei pe care înaintarea în vârstă o poate exercita asupra acestora. Pentru a investiga măsura în care vârsta constituie un factor de vulnerabilitate pentru experienţierea stresului am calculat diferenţe cu ajutorul ANOVA simplă (unifactorială) între participanţii încadraţi în următoarele trei categorii de vârstă: până la 40 de ani (grup 1, N=34) , între 40 şi 50 de ani (grup 2, N=32) şi peste 50 de ani (grup 3, N=34). De asemenea am calculat diferenţele între participanţii încadraţi în cele trei grupe de vârstă şi pentru fiecare dintre dimensiunile satisfacţiei cu munca şi ale emoţiilor relaţionate cu munca.

Rezultatele obţinute sunt prezentate în Tabelul 6.

Tabelul 6. Diferenţele între cele trei grupuri de vârstă pentru scalele utilizate (N=100)

Scala	Diferenţe de vârstă
Solicitările muncii	F (2,97) =.39, p=.67
Controlul perceput în muncă	F (2,97) =1.12, p=.32
Suportul şefului	F (2,97) =.20, p=.81
Suportul colegilor de muncă	F (2,97) =.15, p=.85
Relaţiile la locul de muncă	F (2,97) =.40, p=.67
Schimbările la locul de muncă	F (2,97) =1.11, p=.33
Rolul în cadrul organizaţiei	F (2,97) =1.80, p=.16
JDI satisfacţia cu munca actuală	F (2,97) =.28, p=.75
JDI satisfacţia cu salariul prezent	F (2,97) =.27, p=.75
JDI satisfacţia cu oportunităţile de promovare	F (2,97) =.13, p=.87
JDI satisfacţia cu şeful	F (2,97) =.30, p=.74
JDI satisfacţia cu colegii de muncă	F (2,97) =.87, p=.42
JDI satisfacţia cu serviciul în general	F (2,97) =.59, p=.55
MEST-Ro afectivitatea negativă	F (2,97) =3.84, p=.02
MEST-Ro afectivitatea negativă trăsătură	F (2,97) =6.15, p=.00
MEST-Ro afectivitatea pozitivă	F (2,97) =6.56, p=.00
MEST-Ro afectivitatea pozitivă trăsătură	F (2,97) =4.21, p=.01

După cum se poate observa în Tabelul 6, nu apar diferenţe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce priveşte solicitările muncii percepute ca stresori, controlul perceput în muncă sau suportul primit din parte colegilor sau superiorilor. De asemnea, participanţii nu diferă între ei în funcţie de vârstă în privinţa percepţiilor asupra schimbărilor petrecute la nivel organizaţional, asupra relaţiilor în organizaţie sau a rolului deţinut în cadrul organizaţiei. Satisfacţia cu munca apare ca o percepţie unitară în cadrul organizaţiei în care am realizat acest studiu diagnostic, fapt dovedit de inexistenţa unor diferenţe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce priveşte dimensiunile satisfacţiei cu munca. Diferenţe semnificative relaţionate cu vârsta apar însă în cazul emoţiilor relaţionate cu munca. afectivitatea negativă stare (F (2,97) =3.84, p=.02), afectivitatea negativă trăsătură (F (2,97) =6.15, p=.00), afectivitatea pozitivă stare (F (2,97) =6.56, p=.00) şi afectivitatea pozitivă trăsătură (F (2,97) =4.21, p=.01).

Diferenţe de vârstă privind intenţia de părăsire a organizaţiei, numărul real de ore lucrate şi starea de sănătate fizică

Diferenţe semnificative între cele trei grupe de vârstă apar în ceea ce priveşte **intenţa de părăsire a organizaţiei:** F(2,97) =13.63, p=.00.

Diferenţe între numărul real de ore lucrate între cele trei grupe de vârstă. Rezultatele analizei de varianţă nu evidenţiază diferenţe semnificative între cele trei

grupe de vârstă în ceea ce priveşte numărul real de ore lucrate: F (2,97) =.44, p=.64.

În ceea ce priveşte **starea de sănătate fizică a angajaţilor**, studiul prezent evidenţiază diferenţe semnificative în ceea ce priveşte numărul de vizite medicale în ultimele trei luni între angajaţii încadraţi în cele trei grupe de vârstă (F(2,97) = 6.78, p=.00). Nu apar însă diferenţe în ceea ce priveşte numărul de zile de concediu medical în ultimele trei luni. Oricum, valoarea medie foarte scăzută a numărului de zile de concediu medical pentru întregul lot de participanţi sugerează o stare de sănătate fizică satisfăcătoare pentru angajaţi în ansamblu, vârsta neinfluenţând această variabilă.

5. CONCLUZII

Urmând direcţiile propuse de *European Agency for Safety and Health at Work* pentru evaluarea noilor riscuri pentru siguranţa şi sănătatea femeilor la muncă şi promovarea îmbătrânirii active pe piaţa muncii, studiul prezent a identificat o serie de diferenţe de gen, dar şi diferenţe între angajaţii incluşi în trei categorii de vârstă (până la 40 de ani, între 40 şi 50 de ani şi peste 50 de ani) la nivel de percepere a stresului ocupaţional şi a satisfacţiei cu munca.

Studiul prezent a identificat o serie de diferenţe de gen în ceea ce priveşte percepţia asupra solicitărilor muncii, suportul social primit din partea şefului, dar şi la nivelul percepţiei rolului în cadrul organizaţiei. De asemenea, la nivel de satisfacţie cu munca, apar diferenţe de gen la nivelul satisfacţiei cu munca actuală, dar şi la nivelul satisfacţiei cu salariul prezent.

Rezultatele studiului prezent evidenţiază necesitatea de a îmbunătăţi în continuare condiţiile de muncă, atât pentru bărbaţi cât şi pentru femei, cu menţiunea că femeile din organizaţia care a făcut obiectul acestui studiu diagnostic se percep defavorizate în ceea ce priveşte nivelul solicitărilor muncii, dar şi al suportului social primit din partea şefului şi manifestă un nivel de satisfacţie mai scăzut cu munca lor şi cu recompensele financiare comparativ cu angajaţii bărbaţi.

Chiar şi în ţările europene cu tradiţie în domeniul promovării sănătăţii şi siguranţei în muncă se poate observa că investigarea riscurilor ocupaţionale şi a siguranţei şi sănătăţii ocupaţionale a fost neglijată în cazul femeilor comparativ cu bărbaţii, atât în ceea ce priveşte cercetarea, cât şi implementarea unor metode de intervenţie şi prevenţie (European Risk Observatory, 2011. Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work). Acest dezechilibru ar trebui să facă obiectul cercetărilor viitoare, dar şi al programelor de conştientizare şi de prevenţie. Cercetările şi intervenţiile viitoare trebuie să ia în considerare diferenţele de gen în investigarea efectelor expunerii la diferite surse de presiune/ stresori din mediul muncii. De asemenea, implementarea strategiilor de prevenţie a riscurilor şi a strategiilor vizând îmbunătăţirea stării de bine şi a satisfacţiei cu munca ar trebui realizate într-o manieră caracterizată prin senzitivitate faţă de diferenţele de gen. Intervenţiile senzitive la diferenţele de gen ar trebui să adopte o abordare participativă, implicât angajaţii afectaţi, şi bazată pe examinarea condiţiilor reale de muncă.

Alături de explorarea diferenţelor de gen, studiul diagnostic prezent şi-a propus investigarea stresului ocupaţional la angajaţi prin integrarea diferenţelor de vârstă, pornind de la premiza că participarea activă pe piaţa muncii este un important factor pozitiv pentru îmbătrânirea activă. Fiecare generaţie are propriilor puncte forte şi punctele slabe, iar punctele forte ale lucrătorilor vârstnici ar trebui să fie mai bine identificate şi utilizate cu scopul de a le transforma într-un un activ valoros la locul de muncă.

Menţionăm că în studiul prezent nu apar diferenţe semnificative între cele trei grupe de vârstă în ceea ce priveşte solicitările muncii percepute ca stresori, controlul perceput în muncă sau suportul primit din parte colegilor sau superiorilor. Diferenţe semnificative relaţionate cu vârsta apar în studiul prezent în cazul emoţiilor relaţionate cu munca: afectivitatea negativă stare, afectivitatea negativă trăsătură, afectivitatea pozitivă stare şi afectivitatea pozitivă trăsătură. Aceste rezultate atrag atenţia asupra necesităţii monitorizării în continuare a stării emoţionale a angajaţilor acestei organizaţii în vederea propunerii unor intervenţii adresate acestei dimensiuni deosebit de importante pentru starea de bine şi sănătatea unei organizaţii.

Pornind de la rezultatele studiului prezent se impune discutarea unor intervenţii de gestionare a aspectelor legate de vârstă la locul de muncă. Managementul aspectelor legate de vârstă la locul de muncă subliniază că „factorii legaţi de vârstă ar trebui să fie luaţi în considerare în managementul de zi cu zi, inclusiv modalităţile de lucru şi sarcinile individuale de muncă, astfel încât toţi angajaţii, indiferent de vârstă, să se simtă împuterniciţi în atingerea obiectivelor proprii şi a celor organizaţionale" (Ilmarinen, 2012). Pornind de la diferenţele la nivelul emoţiilor relaţionate cu munca evidenţiate între cele trei grupe de angajaţi de vârste diferite din studiul prezent, câteva obiective ale managementul aspectelor legate de vârstă la locul de muncă sugerate de European Agency for Safety and Health at Work (Ilmarinen, 2012) au fost adaptate şi propuse pentru organizaţia care a făcut obiectul acestui studiu diagnostic, pe care le sumarizăm în continuare:

- Asigurarea unei bune conştientizări cu privire la îmbătrânire;
- Atitudine corectă faţă de îmbătrânire;
- Abordarea managementul aspectelor legate de vârstă la locul de muncă drept o sarcină de bază şi o datorie pentru manageri şi supervizori;
- Includerea managementului aspectelor legate de vârstă la locul de muncă în politica de resurse umane;
- Promovarea capacităţii de muncă şi a productivităţii;
- Promovarea învăţării pe tot parcursul vieţii;
- Redactarea unor contracte de muncă prin intermediul cărora să fie asigurată respectarea drepturilor legale ale angajaţilor vârstnici;
- Asigurarea tranziţiei către pensionare în condiţii de siguranţă şi demnitate.

Practicile de management al aspectelor legate de vârstă în locurile de muncă europene arată că organizaţiile pot să abordere aspectele legate de procesul de îmbătrânire a forţei de muncă fie ca „rezolvare de probleme", fie într-o manieră proactivă. Un nivel scăzut de

conştientizare a aspectelor legate de îmbătrânire conduce companiile la abordarea îmbătrânirii angajaţilor ca problemă, punând accent pe limitatarea resurselor prin reducerea cererii pentru lucrători vârstnici; printr-o mai bună înţelegere a procesului de îmbătrânire ca o provocare sau oportunitate, companiile proactive sunt pregătite să susţină resursele individuale şi să sprijine procesul de învăţare între generaţii (Ilmarinen, 2012). În conformitate cu direcţiile promovate la nivelul Uniunii Europene, rezultatele studiului prezent ilustrează necesitatea abordării aspectelor legate de managementul vârstei, pentru a contribui la crearea de oportunităţi egale pentru toate generaţiile.

În rezumat, putem spune că o abordare focalizată pe beneficiile diagnozei stresului ocupaţional în vederea asigurării sănătăţii şi siguranţei în muncă, nu numai a femeilor şi a persoanelor vârstnice, ci, de asemenea, a tuturor lucrătorilor, consolidează considerabil potenţialul de a oferi locuri de muncă mai bune pentru toţii angajaţii.

6. BIBLIOGRAFIE

Capotescu, R. (2009). Stresul ocupational la educatoare. Diagnoza si directii de interventie. In Baltatescu, Sergiu, Chipea, Floare, Cioara, Ionel, Hatos, Adrian, Saveanu, Sorana (Eds.). Educaţie şi schimbare socială. Perspective sociologice şi comunicaţionale. Editura Universităţii din Oradea, ISBN 978-606-10-0045-6, p. 111-116.

Chandola, T. (2010). Stress at Work. A report prepared for The British Academy. Carlton House Terrace, London.

Ilmarinen, J. (2012). Promoting active ageing in the workplace. European Agency for Safety and Health at Work. http://osha.europa.eu

Kinicki, A.J., McKee-Ryan, F.M., Schriesheim, C.A., & Carson, K.P. (2002). Assessing the Construct Validity of the Job Descriptive Index: A Review and Meta-Analysis. *Journal of Applied Psychology, 87, 1,* 14-32.

Levine, E.L., Xu, X.,Yang, L.Q., Ispas, D., Pitariu, H.D., Bian, R., Ding, D., Capotescu, R., Che, H.S., & Muşat, S. (2011). Cross-national explorations of the impact of affect at work using the state-trait emotion measure (STEM): A coordinated series of studies in three countries. *Human performance, 24,* 1-38.

Levine, E.L., & Xu, X. (2005). Development and Validation of the State Trait Emotion Measure (STEM). Paper presented at the 20th Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, Los Angeles.

Pitariu, H., Levine, E.L., Muşat, S., Ispas, D. (2006). Validarea Chestionarului de măsurare a emoţiilor ca stare şi ca trăsătură (MEST-Ro) la baschetbaliste. *Psihologia Resurselor Umane, 4, 2,* 16-27.

***Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (2010). Working Time Developments 2009. http://www.eurofound.europa.eu/eiro/studies/tn1004039s/tn1004039s.htm

***Eurofound – European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions (2011). Working Longer Requires Better Learning. http://www.eurofound.europa.eu/press/releases/2011/110315.htm

***European Agency for Safety and Health at Work (2012). Family Issues And Work-Life Balance. http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/e-fact-57-family-issues-work-life-balance/view

***European Framework Directive 89/391. Găsit la: http://osha.europa.eu/en/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1

***European Risk Observatory. (2011). Risks and Trends in the Safety and Health of Women at Work. http://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-trends-osh-women

***Health and Safety Executive. Work-related stress. Health and Safety in the Workplace. Health and Safety Executive (2004). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2004.

***Health And Safety Executive (2005). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2005.

***Health and Safety Executive (2006). Psychosocial Working Conditions in Great Britain in 2006.

***Health and Safety Executive (2009). *How to tackle work-related stress. A guide for employers on making the Management Standards work.* London. Găsit la: http://www.hse.gov.uk/pubns/indg430.pdf.

***Standardele generale de calitate privind activitatea psihologilor care activează în domeniul psihologiei muncii, industriale şi organizaţionale. (2007). Legislaţie. Psihologia Resurselor Umane, vol. 5, nr. 1, pp. 108-114.

BCU IASI/CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

STRES OCUPAŢIONAL, PERFORMANŢĂ ŞI SATISFACŢIE LA ANGAJAŢII DINTR-O ORGANIZAŢIE CU PROFIL TRANSPORTURI

LAURA CIOIENARU, ADRIAN BRATE
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, laura.cioienaru@yahoo.com, adrian.brate@gmail.com

ABSTRACT: This paper has the goal of analyzing and to highlight the most relevant aspects of the occupational stress – performance – work place satisfaction relation. The increased interest shown in this field of study had many reasons, including: the recognition shown by stress specialists as a significant factor which affects the wellbeing and the productivity of the individual. The instruments used for analyzing the relations between the 3 factors which influence the professional and personal life of the participants of a transport company were: the "Work satisfaction" questionnaire (Ticu Constantin, 2004), the Perceived Stress scale, stress self-evaluation using the Likert scale (1 Never – 5 Very Often); the performance was measured on the Likert scale (1-5) by the direct supervisor, according to the individual files results of performance, inside the organization. The resuls show negative correlations between stress – performance, stress – satisfaction and o significant positive correlation between satisfaction and performance. Also, it is worth noticing the fact that the employees sex and education did not influenced in a great manner the stress, performance and workplace satisfaction.
Key-words : occupational stress, performance, job satisfaction, transport personnel

1. INTRODUCERE

Lucrarea de faţă îşi propune să analizeze şi să scoată în evidenţă aspectele cele mai relevante ale relaţiei dintre stresul ocupaţional – performanţa – şi satisfacţia la locul de muncă. Interesul crescut pentru acest domeniu de studiu a avut mai multe motive, incluzând: recunoaşterea de către specialişti a stresului ca factor semnificativ şi în creştere, ce afectează starea de bine şi productivitatea individului. Pot fi găsite numeroase studii emipirice în literatura de specialitate ce îşi concentrează atenţia pe relaţia dintre stresul ocupaţional, sănătatea şi starea de bine a individului şi performanţa la locul de muncă. Acestea oferă probe solide ale relaţiei dintre experienţele neplacute ale decorului ocupaţional şi disfuncţiile performanţei angajaţilor şi relaţia directă a stresului la locul de muncă asupra stării de bine a muncitorilor. Cu toate că majoritatea studiilor arată că un nivel ridicat de stres are o legatură directă negativă în relaţia cu performanţa, altii găsesc stresul necesar pentru îmbunătăţirea performanţei. Jamal şi Baba (1992) au efectuat studii, iar rezultatele lor au fost următoarele: există o legatură semnificativ negativă între stres şi performanţă; există diferenţe mici în relaţia stres – performanţă din perspectiva activităţilor diferitelor categorii de angajaţi, ceea ce ne arată că aceată relaţie poate fi influenţată de diferite activităţi la locul de muncă. Jacobs et. al. (2007) arată existenţa unei relaţii semnificativ negative între anumite surse ale stresului şi performanţa organizaţională masurată prin productivitatea angajaţilor. Cu toate astea, starea de bine şi angajamentul organizaţional au un rol semnificativ în înţelegerea relaţiei nivel de stres – performanţă. Efectele negative ale stresului ocupaţional, precum un nivel scăzut al satisfacţiei la locul de muncă, perfomanţa scazută, resursele fizice şi psihologice sunt bine documentate (Bromet et. al; 1992; Cooper şi Cartwrigth, 1997). Expunerea prelungită la condiţii de muncă stresante pot fi dăunătoare în mod special indivizilor (Belkié et. al; 2000). Cu toate că stresul nu este unicul sau neapărat agentul primar cauzal, acesta este implicat în mai mult de jumatate din morbiditatea şi mortalitatea umană (Fry, 1995; Quick 1998; Sapolsky, 1998). Stresul este direct implicat (boli cardiace, atacuri celebrale, răni, sinucideri) şi indirect implicat (cancer, boli cronice ale ficatului, bronşite cronice) în diferite tulburări fiziologice (Fry, 1995; Quick, 1998; Sapolsky, 1998).

Pentru a-şi putea atinge scopurile, organizaţiile au nevoie de indivizi cu performanţe ridicate. Totusi, performanţa nu este importantă doar pentru organizaţie, cât este pentru fiecare individ în parte. Performanţa reprezintă o condiţie esenţială pentru succesul în muncă şi dezvoltarea carierei angajaţilor. Cu toate că pot fi excepţii, angajaţii care au o performanţă ridicată în muncă sunt promovaţi cu o mai mare uşurinţă în cadrul organizaţiei în care îşi desfăşoară activitatea şi au, în general, oportunităţi de care angajaţii mai puţin performanţi nu au parte (VanScotter, Motowidlo şi Cross, 2000).

Fiind o problemă de actualitate şi mare interes pentru organizaţii, aprecierea performanţelor a dezvoltat un număr mare de cercetări şi noi direcţii de investigare. Obstacolele cele mai relevante s-au dovedit a fi scalele de apreciere şi evitarea erorilor sistematice. Stresul poate avea un impact nefavorabil asupra angajaţilor creând un angajament organizaţional scăzut şi insatisfacţie la locul de muncă. Antoniou, Davidson şi Cooper (2003) sunt de părere că atunci când sursele stresului cresc în mediul de lucru, satisfacţia scade. Deci, satisfacţia are un rol important în îmbunătăţirea performanţei la angajaţi. În consecinţă, dacă există discrepanţe în dorinţele şi expectanţele indivizilor şi condiţiile locului de muncă curent apar gânduri negative şi insatisfacţie.

Literatura dedicată stresului s-a concentrat în mod special pe efectele negative ale acestui fenomen. Ar trebui subliniat faptul că un anumit nivel de stres s-a dovedit a fi benefic angajaţilor (Latack, 1989; Quick & Quick, 1984). Până la un anumit punct, stresul poate fi

pozitiv deoarece joacă rol de excitant si motivator. În mod similar, în contextul organizaţional, Hall (1976) a confirmat importanţa impunerii deliberate a unei trepte de stres, precum provocarea timpurie la locul de muncă. Quick et. al (1997) au definit asta ca eustres, deoarece reprezintă rezultatele sănătoase, pozitive şi constructive ale răspunsului individului la stres. Contrar termenului eustres, distres reprezintă rezultatul nesănătos, negativ şi distructiv al răspunsului la stres. Astfel, scopul este de a nu elimina tot stresul. Totuşi, scopul cercetărilor recente şi preocuparea managerială sunt bazate pe aspectele problematice ale stresului – costurile stresului care cresc când stresul este prea mare sau continuă pentru o perioada prelungită de timp. Prin urmare, în timp ce unele aspecte pozitive ale stresului sunt bine cunoscute, este important să identificăam sursele şi moderatorii stresului ocupaţional.

În ciuda relevanţei crescute a performanţei individuale şi a folosirii largi a termenului ca rezultat al muncii în cercetările empirice, s-au depus eforturi minime în clarificarea şi găsirea unui concept care să clarifice şi să explice acest fenomen. Totuşi, în ultimii 15-20 de ani, am asistat la un interes crescut în dezvoltarea unei definiţii a performanţei.

Autorii de specialitate au fost de acord să se facă o diferenţiere clară între aspectul de acţiune (de exemplu, un comportament) şi aspectul de rezultat al performanţei (Campbell, 1990; Campbell, McCloy şi Sager, 1993; Roe, 1999). Aspectul de comportament se referă la ceea poate face, concret, un angajat la locul de muncă. Include comportamente precum asamblarea unor componente, vânzarea unor obiecte sau chiar acţiunea medicilor de a opera. Nu orice comportament este inclus în conceptul de performanţă, ci doar comportamentele care sunt relevante pentru atingerea scopurilor organizaţiei. Astfel, performanţa nu este definită de acţiunea în sine, ci de procesul de evaluare şi judecată. (Motowidlo, Borman şi Schmit, 1997). Mai mult, doar acţiunile care pot fi măsurate sunt considerate a fi parte a performanţei. Fiind o problemă de actualitate şi mare interes pentru organizaţii, aprecierea performanţelor a dezvoltat un număr mare de cercetări şi noi direcţii de investigare. Obstacolele cele mai relevante s-au dovedit a fi scalele de apreciere şi evitarea erorilor sistematice. Un rol important în acest proces este jucat de evaluator. Acesta trebuie să înteleagă acest proces în profunzime şi să poată defini şi standardiza etaloanele de performanţă. Din aceasta cauză, în momentul în care construim un sistem de evaluare trebuie să luăm în calcul includerea evaluatorului în echipa care proiectează acel sistem care urmează a fi folosit. În momentul în care vorbim despre instruirea evaluatorului trebuie să luăm în calcul cunoaşterea şi evitarea unor erori care pot interveni, precum erorile sistematice de notare, toate acestea având scopul de a creşte doza de obiectivitate a notărilor. Cu cât un sistem de evaluare este mai transparent, cu atât este mai uşor acceptat de către cei evaluaţi.

Termenul de satisfacţie în muncă a fost introdus relativ târziu în literatura de specialitate de către Organ şi Bateman (1986), înainte de asta fiind folosit termenul de "moral", împrumutat din domeniul militar. Se face o analogie între moralul crescut sau scăzut al soldaţilor pe câmpul de luptă şi moralul scăzut sau crescut al angajaţilor la locul de muncă. În anii `70, `80 apare o altă schimbare în domeniul satisfacţiei în muncă. Se explică faptul că atitudinile conţineau şi aspecte comportamentale, congnitive şi afective şi de aceea se pune un nou accent pe aspectele afective, care devin astfel specifice satisfacţiei. Llorente (2005) studiază relaţia dintre caracteristicile locului de muncă şi nivelul de satisfacţie subiectiv al muncitorilor. Altfel spus, cercetează dacă satisfacţia reflectă caracteristicile locului de muncă şi mai mult, dacă aceasta poate fi folosită ca indicator al calităţii muncii. Acesta a ajuns la două concluzii: (1) satisfacţia la locul de muncă nu are nicio legatură aparent relevantă cu alţi indicatori ai calităţii muncii, ceea ce face acest indicator puţin indicat în evaluarea calităţii muncii; (2) a doua concluzie este legată puternic de non-existenţa unei relaţii între obiectivele calităţii muncii şi nivelurile de satisfacţie şi derivă din reflecţia cauzelor care ar putea explica acest rezultat.

2. SCOP ŞI OBIECTIVE

Scop: Lucrarea de faţă îşi propune identificarea relaţiei/ asocierii dintre stresul perceput, performanţa evaluată şi dimensiunile satisfacţiei profesionale ale angajaţilor unei organizaţii cu profil transporturi din România.

Obiective operaţionale:

O1. Surprinderea/identificarea/ diagnoza relaţiei/ asocierii semnificative dintre stresul perceput şi performanţa la locul de muncă.

O2. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relaţiei/ asocierii semnificative dintre stresul perceput şi satisfacţie.

O3. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relaţiei/ asocierii semnificative dintre satisfacţie şi performanţă.

O4. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relaţiei/ asocierii semnificative dintre sexul subiecţilor şi stres, performanţă şi satisfacţie.

O5. Surprinderea/ identificarea/ diagnoza relaţiei/ asocierii semnificative dintre studii şi stres, performanţă şi satisfacţie.

Întrebări de cercetare:

Întrebare de cercetare 1: există o asociere semnificativă între stres şi performanţă?

Întrebare de cercetare 2: există o asociere semnificativă între stres şi satisfacţie?

Întrebare de cercetare 3: există o asociere semnificativă între satisfacţie şi performanţă?

Întrebare de cercetare 4: există diferenţe în relaţia stres – performanţă - satisfacţie din perspectiva studiilor absolvite de către fiecare angajat?

Întrebare de cercetare 5: există diferenţe semnificative în relaţia stres – performanţă- satisfacţie din perspectiva sexului angajaţilor (feminin - masculin)?

Întrebare de cercetare 6: există o asociere semnificativă între stres. performanţă şi dimensiunea satisfacţiei remunerare şi promovare?

Întrebare de cercetare 7: există o asociere semnificativă între stres, performanţă şi dimensiunea satisfacţiei conducere şi relaţii interpersonale?

Întrebare de cercetare 8: există o asociere semnificativă între stres, performanţă şi dimensiunea satisfacţiei organizare şi comunicare?

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul acestui studiu este să evidenţieze legătura dintre stresul ocupaţional-performanţa şi satisfacţia la locul de muncă. Acest capitol furnizează o descriere a metodelor care implementează acest studiu: descrierea instrumentelor de lucru, de colectare a datelor, participanţii la studiu, procedura de colectare a datelor si metodele de analiză.

Participanţi: La acest studiu au participat angajaţii unei organizaţii din România. Organizaţia este specializată în oferirea de servicii publice în domeniul transporturilor şi are un număr de aproximativ 1000 de angajaţi. Eligibilitatea angajaţilor de a participa la studiu ca şi subiecţi a fost determinată utilizând următoarele criterii: (1) să fie angajaţii acestei organizaţii; (2) să aibă minimum 18 ani; (3) să participe voluntar în urma semnării consimţământului informat; (4) abilitatea de a comunica (verbal şi scris) în limba română. Participarea la studiu a fost voluntară, participanţii având posibilitatea să se retragă în orice moment fără consecinţe. Li s-a asigurat totodată confidenţialitatea datelor furnizate. Lotul de subiecţi a fost format din 54 persoane cu vârsta cuprinsă între 32 şi 59 ani, 22 de sex masculin şi 32 de sex feminin.

Instrumente

Colectarea datelor s-a realizat prin intermediul Chestionarului "Satisfacţie în muncă" (Ticu Constantin, 2004), Scala de Stres Perceput, autoevaluarea stresului folosind Scala Likert (1 Niciodata – 5 foarte des), iar performanţa a fost măsurată pe Scala Likert (1-5) în funcţie de rezultatele fişelor individuale de performanţă din cadru organizaţiei.

Procedura de lucru

Angajaţi din toate categoriile de personal au luat parte la acest studiu. Au fost împărţite aproximativ 100 de chestionare (folosindu-se selecţia aleatorie a subiecţilor din 10 în 10 din totalul de aproximativ 1000 de angajaţi) dintre care 66 au fost returnate, 54 considerate valide pentru introducerea în studiu, datele colectate urmând să fie analizate şi interpretate statistic. Cei 54 de angajaţi au completat chestionarele în totalitate. Participanţii studiului au fost voluntari şi au avut posibilitatea să se retragă din studiu în orice moment.

4. REZULTATE

S-a testat asocierea dintre stresul perceput şi performanţă pentru un număr de 54 de subiecţi.

Rezultatele au fost următoarele: s-a demonstrat o asociere slab negativă, nesemnificativa între stresul perceput de către angajaţi şi performanţa de la locul de muncă (coeficient Spearman de -0.119), ceea ce inseamnă că legătura dintre cele două variabile nu este puternică.

Consultând literatura de specialitate putem sublinia faptul că stresul este un factor ce are ca rezultat un individ dezorganizat, iar expunerea prelungită poate duce la performanţe scăzute. Cu toate acestea nu trebuie să ignorăm o serie de factori care trebuie luaţi în considerare când vorbim despre relaţia stres ocupaţional – performanţă: caracteristicile activităţilor efectuate de angajat (complexitate, dificultate, urgenţă). Se întâmplă ca în cazul unei situaţii de mare complexitate, performanţa să fie influenţată în mod negativ de nivelul stresului, în schimb, în cazul unei activităţi uşoare, repetitive stresul să fie un factor pozitiv în atingerea performanţei.

S-a testat asocierea dintre stresul perceput de către angajaţi şi satisfacţia resimtită de aceştia la locul de muncă pe un număr de 54 de subiecţi. Rezultatele sunt următoarele: s-a demonstrat o asociere semnificativa (puternic) negativă reprezentată de coeficientul Spearman de – 0.58, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile este foarte puternică, mai exact, dacă una din variabile creşte, atunci cealaltă scade.

Conform unor studii efectuate de Johnson (2005), angajaţii care experimentează un nivel scăzul de stres ocupaţional resimt un grad mai ridicat de satisfacţie la locul de muncă. Cu cât atmosfera de la locul de muncă este una mai relaxată, caracteristicile locului de muncă sunt reflectate de satisfacţie, relaţiile cu alţi angajaţi sunt cordiale, cu atât influenţa stresului este mai mică, iar nivelul satisfacţiei creşte.

S-a testat asocierea dintre satisfacţia resimtită la locul de muncă şi performanţa înregistrată de cei 54 de participanţi. Rezultatele sunt următoarele: s-a demonstrat o asociere semnificativă pozitivă reprezentată de coeficientul Spearman de 0.252, ceea ce înseamnă că cele două variabile au o legătură semnificativă , se inflenţează una pe cealaltă.

Bowling (2007) începe un studiu prin care vrea să demonstreze falsa relaţie dintre satisfacţia la locul de muncă şi performanţă Rezultatele acestui studiu arată o dovadă puternică a faptului că relaţia satisfacţie – performanţă este una pusă sub semnul întrebării. Această descoperire ajută la rezolvarea unui aspect teoretic şi practic din psihologia muncii şi organizaţională.

Aplicând testul Kruskal – Wallis, grupând variabilele în funcţie de studii am obţinut următoarele rezultate: Studiile universitare influenţează semnificativ mai mult performanţa obtinută de angajaţi la locul de muncă decât studiile liceale (pentru o medie a rangurilor de 23.57 respectiv 31.43 la un prag de semnificatie p= 0.037 si chi2 = 4.339).

Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcţie de studii am obţinut următoarele rezultate: Studiile nu influenţează semnificativ satisfacţia obtinută de angajaţi la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 26.59 respectiv 28.41 la un prag de semnificatie p=0.672 si chi2 = 0.180).

Aplicând testul Kruskal Wallis grupand variabilele in functie de studii am obtinut urmatoarele rezultate: Studiile nu influenteaza semnificativ stresul (pentru o medie a rangurilor de 28.39 respectiv 26.61 la un prag de semnificatie p= 0.665 si chi2 = 0.188).

Aplicând testul Kruskal Wallis. grupând variabilele în funcţie de sex am obţinut următoarele rezultate: nu există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte performanţa la locul de muncă (pentru o medie

a rangurilor de 25.20 respectiv 30. 84 la un prag de semnificaţie p= 0.142 si chi2 = 2.160).
Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în funcţie de sex am obţinut următoarele rezultate: există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte satisfacţia la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 23.20 respectiv 33.75 la un prag de semnificatie p= .015 si chi2 = 5.862).
Aplicând testul Kruskal Wallis, grupând variabilele în functie de sex am obţinut următoarele rezultate: nu există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte stresul perceput si satisfactia la locul de muncă (pentru o medie a rangurilor de 30.47 respectiv 23.18 la un prag de semnificatie p= .081 si chi2= 3.044).

5. CONCLUZII

Scopul general al acestui studiu este să analizeze şi să scoată în evidenţă aspectele cele mai relevante ale relaţiei dintre stresul ocupaţional – performanţa – şi satisfacţia la locul de muncă ale angajaţilor dintr-o organizaţie cu profil transporturi, din România.
În urma întrebărilor de cercetare formulare au rezultat următoarele:
a. stresul perceput şi performanţa angajaţilor au o relaţie slab negativă, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile nu este puternică
b. stresul perceput de către angajaţi şi satisfacţia au o legatură puternic negativă, ceea ce înseamnă că legătura dintre cele două variabile este foarte puternică, mai exact, dacă una din variabile creşte, atunci cealaltă scade. variabile creşte, atunci cealaltă scade.
c. satisfacţia resimtită la locul de muncă şi performanţa înregistrată de angajati sunt asociate semnificativ pozitiv, ceea ce înseamnă că cele două variabile au o legătură semnificativă, se influenţează una pe cealaltă.
d. studiile universitare influenţează semnificativ mai mult performanţa obtinută de angajaţi la locul de muncă decât studiile liceale; studiile nu influenţează satisfacţia obtinută de angajaţi la locul de muncă, studiile nu influenteaza stresul obtinuta de angatati la locul de munca.
e. nu există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte performanţa la locul de muncă; există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte satisfacţia la locul de muncă; nu există diferenţe semnificative între sexe în ceea ce priveşte stresul perceput si satisfactia la locul de muncă.

6. BIBLIOGRAFIE

Antoniou, A.. Davidson, M.J.. Cooper, C.L., (2003), Occupational stress, job satisfaction and health state in male and female junior hospital doctors in Greece, *Journal of Managerial Psychology*, 18 (6), 592 – 621.

Avolio, B., Waldman, D., A., (1990), Age and work performance in Nonmanagerial jobs: The effect of experience and occupational type, *The Academy of Management Journal*, 33 (2), 407 – 422.

Bateman, T., Rogan, D., (1983), Job satisfaction and the good soldier: the relationship between affect and employee "citizenship", *The Academy of Management Journal*, 26 (4), 587 – 595.

Beehr, T. A. (1998), Research on Occupational Stress: An Unfinished Enterprise, *Journal of Personnel Psychology*, 51(5): 835-844.)

Belkić, K. B., Schnall, P., Savic, c., & Landsbergis, P. A. (2000). The workplace and CV health: conclusions and thoughts for a future agenda. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 15(1), 307-322.

Bowling, N., (2007), Is the job satisfaction–job performance relationship spurious? A meta-analytic examination, *Department of Psychology, Wright State University*, 3640 Colonel Glenn Highway, Daytona.

Cameron, K., (1986), Effectiveness as paradox: Consensus and Conflict in Conceptions of Organizational Effectiveness, *Management Science*, 32 (5), 539 – 553.

Campbell, J.P, Mc Henry, Wise, L., (2006), Modeling Job Performance in a Population of Job, *Personnel Psychology*, 43 (2), 313-575. 49.

Campbell, L.P. (Ed); Knapp, Deirdre J. (Ed), (2001). *Exploring the limits in personnel selection and classification*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Cooper, (2007), Predictors of Work Performance Among Higher Education Employees: An Examination Using the ASSET Model of Stress, *International Journal of stress management*, vol. 14, no. 2, 199- 210.

Cooper, C. L. (1983). Identifying stressors at work: Recent research Developments, *Journal of Psychosomatic Research*, 27(5), 369-376.

Cooper, C. L., & Cartwright, S. (1997). An intervention strategy for workplace Stress, *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 7-16.

Cooper, C. L., Dewe, P. J., &O`Driscoll, M. P. (2001). The Impact of Environmental Stressors and Types of Work Contract on Occupational Stress, *The Spanish Journal of Psychology* 14.1, 251-262.

Connolly, T., Conlon, E., Deutsch, S., (1980), Organizational Effectiveness: A Multiple – Constituency Approach, *The Academy of Management Review*, 5 (2), 211 – 217.

Cox, T., (1978), *Stress*. London: MacMillan.

Danna, K., &Griffin, R. W. (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature, *Journal of Management*, 3, 357-384.

Davidson, M. J., & Cooper, C. L. (1986). Executive women under pressure, *International Review of Applied Psychology*, 35(3), 301-326.

Denison, D.R., Spreitzer, G.M., (1991), Organizational Culture and Organizational Development: A Competing Values Approach, *Journal of Organizational Change and Depelopment*, 5, 1-21.

Donald, I., Taylor, P., Hohnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., & Robertson, S. (2005). Work environments, Stress, and Productivity: An examination using ASSET. *International Journal of Stress Management*, 12, 409–423. 50

Elmuti, Dean; Kathawala, Yunus; Wayland, Robert.(1993). *Journal of Business and Entrepreneurship*. 5.2.

Fry, P.S. (1995). Pefectionism, humor, and optimism as moderators of health outcomes and determinants of coping styles of women executives. *Genetics, Social, and General Psychology Monographs*, 121, 211-245.

Hockey, R., (1983), *Stress and Fatigue in Human Performance*, Publisher: John Wiley & Sons; 1 edition.
Ivancevich, J. M., & Matterson, M. T. (1988). Type A behaviour and the healthy Individual, *British Journal of Medical Psychology*, 61(1), 37-56.
Ivancevich, J. M., Matteson, M. T., Freedman, S. M., & Phillips, J. S. (1980). Worksite stress management interventions. *American Psychologist*, 45, 252–261.
Jamal, M., & Baba, V. V. (1992). Stressful jobs and employee productivity: Results from studies on managers, blue-collar workers and nurses. *International Journal of Management*, 9, 6–67.
Jamal, M., Baba, V., (2001), Type-A Behavior, Job Performance, and Well-Being in College Teachers, *International Journal of Stress Management*, 8 (3), 231-240.
Jex, S., Crossley, C., (2005), *Handbook of Work Stress*, NY: SAGE Publications.
Johns, G., (1998), *Comportament organizational*, Bucuresti: Editura Economica.
Kanfer, Ruth; Ackerman, Phillip L. (1989), Motivation and cognitive abilities: An integrative/aptitude-treatment interaction approach to skill acquisition, *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 657-690.
Kluger, Avraham N.; DeNisi, Angelo, (1996), The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory, *Psychological Bulletin*, 119 (2), 254-284. 51
Latack, J. C. (1986), Coping with job stress: Measures and future directions for scale development, Journal of Applied Psychology, 71, 377-385.
Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
Llorente, R., Macias, E., F., (2005), Job satisfaction as an indicator of the quality of work, *The Journal of Socio-Economics*, 34, 656–673.
Mansfiend, E., (2001), The Study of Interdependence and Conflict Recent Advances, Open Questions, and Directions for Future Research, *Department of Political Science*, University of Pennsylvania
Maslach C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
Maslach C. (2003). Job Burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192.
Pitariu, H., (2003), *Proiectarea fiselor de post, Evaluarea posturilor de munca si a personalului: ghid practic pentru manageri*, Bucuresti: Editura Irecson.
Pitariu, H., (2002), *Evaluarea performantelor profesionale*, Bucuresti, Editura Economica.
Quick, Nelson, Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L., & Hurrell, J.J. Jr. (1997). *Preventive stress management in organizations*. Washington DC: American Psychological Association.
Quinones, M., Ford, K., Teachout, M., (2006), The Relationship Between Work Experience and Job Performance: A Conceptual and Meta-Analytic Review, *Personnel Psychology*, 48 (4), 887 – 910.
Sapolsky, R.M. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers*, New York: W.H. Freeman and Company. 52
Scharlach, A. E., & Fredriksen, K. I. (1994). Elder care versus adult care: Does care recipient age make a difference? *Research on Aging*, 16(1), 43-68.
Tubre, T., Collins, J., (1985), A Meta-Analysis of the Relationships Between Role Ambiguity, Role Conflict, and Job Performance, *International Journal of Stress Management*.
Van Scotter, J., Motowidlo, S.J., Cross, T.C, (2000), Effects of task performance and contextual performance on systemic rewards, *Journal of Applied Psychology*, 85(4), 526-535.
Yuchatman, E., Seashore, S., (1967), A system Resource Approach to Organizational Effectiveness, *American Sociological Review*, 32 (6), 891 – 903.
Zlate, M., (2007), *Tratat de psihologie organizational – manageriala, volumul II*, Iasi: Polirom.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ROLUL DOMINANTELOR INTERPERSONALE ALE PERSONALITĂȚII ÎN SELECȚIA MANAGERILOR PUBLICI

DAN FLORIN STĂNESCU, CĂTĂLINA ANDRA ROȘCA
Școala Națională de Studii Politice și Administrative, București, dan.stanescu@comunicare.ro
Universitatea din București, București, catalina_rosca@yahoo.com

ABSTRACT: This research aims to approach a contemporay issue in the field of human resources, namely the selection process for managers. Main objective was to identify the role and importance of the interpersonal personality's features in the process of selecting the managers, with emphasis on the public managers. Public managers are young graduates who have undergone an accelerated development programme preparing them for careers at the highest levels of the Civil Service. The selection process is based on a methodology specific to the complexity of the position. In this respect, the contextual tests are preferred, as they asses the personality features during the activity – a particular activity that includes a familiar set of rules, well-defined tasks, stages and methods, as well as set objectives. The research is the more important as studies on the subject are almost inexistent and it focuses on a group of people who are trained to become policy advisers, project leaders, experts, liaison and many other positions they might have at a certain moment.
Key words: public manager, civil service, interpersonal personality, selection.

1. INTRODUCERE

Administrația publică în România este privită ca o instituție greoaie, inerțioasă, excesiv de birocratizată, cu care comunitatea se intersectează des și care generează, de cele mai multe ori, nemulțumiri din partea cetățenilor. Începută cu mai mulți ani în urmă, reforma administrației publice, a făcut serioși pași înainte sub aspectul raționalizării timpului cetățeanului, a informatizării serviciilor oferite, a simplificării procedurilor, dar persistă încă o mentalitate învechită a funcționarului public, mentalitate bine înrădăcinată și care se schimbă greu. Inerția persistentă a administrației publice nu se poate combate decât prin aducerea în sistem a unei mase critice de tineri bine selecționați, formați într-o nouă mentalitate și care, printr-un proces de inducție bine instrumentat să devină factori coagulanți de promovare a unei noi culturi organizaționale, bazată pe competență, pe merit și realizări.

Scopul principal al Schemei Tinerilor Profesioniști (Young Professionals Scheme), Proiect PHARE, ajuns anul acesta la a IV-a ediție, constă în sprijinirea reformei administrației publice din România prin întărirea capacității funcției publice, sprijinirea procesului de elaborare de politici și îndeplinirea cerințelor impuse de aderarea la UE. Schema Tinerilor Profesioniști dorește consolidarea și modernizarea funcției publice din România. Cu alte cuvinte, „proiectul pregătește un nucleu de lideri ai unei noi generații în cadrul funcției publice, un corp de manageri și profesioniști în administrația publică, care să fie echidistanți politic și formați profesional în spiritul valorilor și principiilor moderne ale managementului sectorului public din Uniunea Europeană" (Stănescu și Roșca, 2009, p.101). Pe scurt, scopul YPS este să găsească, pregătească și păstreze pe cei mai buni candidați ce prezintă interes față de administrația publică.

Astfel, putem afirma că principala realizare a proiectului YPS este crearea unui corp de *manageri publici*, capabili să sprijine modernizarea administrației publice, printr-o nouă viziune stimulată și dezvoltată în cadrul formării, activităților, studiului și experienței practice corespunzătoare atât în România, cât și în Statele Membre al Uniunii Europene. Intenția este de asemenea ca, prin intermediul unui mecanism de promovare rapidă în carieră, bazată pe merit și realizări, aceștia să avanseze mai repede spre nivelele superioare ale administrației publice, putând astfel influența procesul de elaborare și luare a deciziilor.

Managerul public este noul model de funcționar public, un adevărat agent al schimbării, menit să introducă o nouă mentalitate în administrația publică românească, în vederea armonizării acestora cu standardele Uniunii Europene. Managerul public reprezintă o categorie aparte de funcționar public care contribuie la asigurarea eficienței și continuității reformei în administrația publică - de la nivelurile strategice la cele operaționale, în cadrul autorității sau instituției publice în care își desfășoară activitatea. Managerul public conduce, coordonează sau asistă coordonarea unor activități care, prin natura lor, necesită o perspectivă generală și un nivel de expertiză specifice față de cele avute de celelalte categorii de funcționari publici.

Obiectivul principal al acestei cercetări a constat în identificarea rolului și importanței dominantelor interpersonale ale personalității în procesul de selecție a managerilor în general, cu referire concretă asupra managerilor publici. Făcând parte dintr-o echipă care a participat la implementarea Proiectului Phare Young Professionals Scheme, fiind puși în fața unei avalanșe de candidați, ne-am pus problema elaborării unei strategii de selecție, care să cuprindă intrumente mai sensibile și mai bine ancorate în realitatea postului pe care îl va ocupa viitorul manager public. Prima parte a selecției a fost tratată într-un alt articol (Stănescu și Roșca, 2009). A doua parte, referitoare la diagnoza dominantelor interpersonale ale personalității candidaților face obiectul prezentei cercetări.

2. CONSIDERAŢII TEORETICE

Calităţile ideale ale unui manager public au fost stabilite încă din 2004 prin elaborarea unui cadru de competenţe (figura nr. 1) care descrie principalele calităţi, competenţe şi abilităţi pe care un manager public modern ar trebui să le deţină şi să le pună obiectiveze în comportamentul profesional.

Conform autorilor (Thompson şi Farla, 2008), profilul psihologic ideal al managerului public este axat pe următoarele dominante: agent al schimbării; orientat către rezultate prin planificare şi prioritizare; orientat către identificarea şi implementarea de soluţii; personalitate adaptativă, proactivă şi responsabilă, creativă şi inovativă; disponibil spre autoperfecţionare; gândire critică şi analitică; capacitate de evaluare a riscurilor; capacitate de a stabili relaţii profesionale eficiente; abilităţi de comunicare, inclusiv mediere şi negociere; capacitate de lucru eficient în echipe; abilităţi de leadership.

Din analiza profilului psihologic ideal şi a competenţelor managerului public se observă importanţa abilităţilor interpersonale, de relaţionare, de interacţiune şi influenţare socială.

COMPETENŢĂ GENERALĂ	"SUB-COMPETENŢĂ"	COMPETENŢĂ SPECIFICĂ	DESCRIERE
Abilităţi de lucru: motivare şi angajament	Orientare către rezultate	Planificarea şi prioritizarea activităţilor	Planifică activităţile profesionale, analizează şi prioritizează în funcţie de necesităţi pentru a respecta termenele şi a răspunde aşteptărilor clienţilor; îşi asumă răspunderea personală pentru atingerea scopurilor şi obiectivelor şi iniţiază acţiuni corective atunci când progresele sunt limitate sau inexistente. Acceptă răspunderea pentru eşecuri (şi învaţă din acestea) şi pentru succese.
		Atitudinea proactivă în rezolvarea problemelor	Este proactiv şi îşi foloseşte iniţiativa atunci când apar probleme sau nu se înregistrează progrese. Este implicat şi îi încurajează pe ceilalţi când este necesar.
		Determinare	Arată determinare, răbdare şi tărie morală în condiţii de presiune şi nu permite ca eşecurile să-i afecteze performanţele sau relaţiile cu ceilalţi.
		Responsabilitate	Demonstrează răspundere pentru acţiuni şi rezultate.
	Învăţare şi dezvoltare personală	Învăţare continuă	Recunoaşte nevoia de învăţare proprie şi caută noi abilităţi, cunoştinţe şi oportunităţi de învăţare. Reflectează asupra propriilor experienţe şi învaţă din acestea, dar şi din experienţele altora.
		Adaptabilitate	Se adaptează rapid şi cu succes la situaţii, solicitări sau oameni noi, operează eficient într-o varietate de roluri şi contexte, inclusiv în momente sau situaţii de incertitudine.
Capacitate intelectuală	Abilităţi decizionale	Gândire critică şi analitică	Analizează informaţiile rapid, complet şi eficace pentru a avea o bază obiectivă solidă pentru luarea deciziilor, elaborarea propunerilor şi recomandărilor.
		Luarea şi implementare deciziilor	Acceptă responsabilitatea pentru luarea deciziilor pe baza celor mai bune informaţii obiective disponibile. Ia şi implementează deciziile cu promptitudine.
		Asumarea unui risc calculat	Are încredere în sine şi acceptă riscuri calculate.
	Gândire constructivă	Gândire creativă	Este creativ şi are imaginaţie, dar în acelaşi timp se concentrează asupra scopului, înţelege imaginea de ansamblu şi observă legăturile dintre diferite elemente.
		Identificarea unor soluţii inovatoare	Dovedeşte deschidere şi agilitate, are curiozitatea intelectuală de a găsi idei inovatoare şi de a dezvolta soluţii practice pornind de la acestea.
Abilităţi inter-personale	Dezvoltarea unor relaţii productive	Crearea relaţiilor	Foloseşte abilităţile de comunicare pentru a construi relaţii cu ceilalţi; arată integritate în relaţiile profesionale; creează alianţe atunci când este cazul, pentru a facilita atingerea obiectivelor.
		Atingerea scopurilor în comun	Înţelege motivele preocupările şi situaţiile în care se găsesc ceilalţi şi îi încurajează şi îi sprijină în atingerea obiectivelor.Acceptă diversitatea şi încearcă să-i convingă pe
	Comunicare eficace	Comunicare	Comunică clar şi convingător, atât verbal cât şi în scris, îşi exprimă propria opinie coerent şi succint, şi o susţine cu argumente adecvate.
		Influenţare, negociere şi mediere	Este participant activ la discuţii; influenţează prin prezentarea unor argumente convingătoare şi negociază rezolvarea conflictelor între două părţi pentru atingerea obiectivelor, fără a-i îndepărta pe ceilalţi.
	Managementul resurselor umane	Abilităţi de formator	Este capabil să transfere propriile cunoştinţe în funcţie de nevoile reale ale celorlalţi.
	Spirit de echipă	Capacitatea de a contribui într-o echipă	Poate lucra eficient şi obiectiv într-o echipă, în afara structurii ierarhice obişnuite, fie în calitate de membru, fie în calitate de membru al echipei.Contribuie la realizarea obiectivelor echipei cu propriile abilităţi personale şi profesionale. Îi încurajează pe ceilalţi membri ai echipei să-şi maximizeze contribuţia.
Atitudinea faţă de schimbare	Agent al schimbării	Promovarea schimbării şi înclinaţia naturală către schimbare	Are o privire analitică asupra proceselor de muncă şi politicilor publice, pune la îndoială cu consecvenţă starea de fapt şi recomandă şi implementează schimbările necesare pentru creşterea eficacităţii organizaţionale.

Fig.1 Cadrul de competenţe pentru manageri publici (Thompson şi Farla, 2008)

El poate coordona o echipă dar, în acelaşi timp, poate face parte din alta, la nivel executiv, este trainer, exercitându-şi abilităţile de formator şi, în paralel, se documentează pentru a realiza împreună cu alţii, un proiect cu finanţare europeană etc. Există aşadar, o varietate de roluri sociale pe care le joacă managerul public. Numitorul comun constă în faptul că el întotdeauna va face parte dintr-o echipă.

În cazul managerilor publici, sarcinile cărora aceştia trebuie să le facă faţă, presupun schimbarea frecventă a echipelor din care fac parte. Aşa cum spuneam, managerul public se poate afla, în acelaşi timp, în componenţa mai multor echipe, îndeplinind sarcini şi roluri diferite. El trebuie să se adapteze eficient atât sarcinilor echipei, cât şi climatului psiho-social rezultat din interacţiunea cu membri aceleaşi echipe. Dacă îndeplinirea sarcinilor poartă asupra gradului de expertiză a managerului public, adaptarea şi integrarea în echipă este un fenomen psiho-social mult mai nuanţat.

Interacţiunea psiho-socială presupune reliefarea unor trăsături de personalitate specifice spaţiului interpersonal (Bales, 1950). Toate fenomenele de grup sunt influenţate de structura personalităţii interpersonale, începând cu învăţarea socială (Mureşan, 1980) şi trecând prin medierea conflictelor (Armstrong, 2003) sau conformarea la norme (Johns, 1998).

Bales (1970), abordează studiul dimensiunilor interpersonale ale personalităţii prin analiza modului de manifestare şi a tendinţelor de realizare şi orientare a personalităţii în spaţiul relaţiilor interpersonale. Compozit al dimensiunilor interpersonale ale personalităţii, personalitatea interpersonală, reprezintă personalitatea individului aşa cum este ea vazută de ceilalţi membri ai grupului, aşa cum se prezintă ea în funcţie de natura şi structura acesteia, de statutele şi rolurile membrilor, de interacţiunile care au loc între participanţi. Aceaste dimensiuni ale personalităţii se constituie ca un rezultat al acţiunii şi interacţiunii indivizilor în cadrul grupului. Tehnica elaborată de Bales (1970) pentru determinarea tipului de personalitate interpersonală, tehnică utilizată şi noi în cercetarea de faţă, porneşte de la analiza diferitelor tipuri de grupuri sociale, constatând că personalitatea umană se specializează în raporturile interpersonale pe direcţia diferitelor seturi comportamentale distribuite diferenţiat în spaţiul interpersonal.

Tendinţa de realizare a personalităţii în raporturile interpersonale derivă din analiza factorială a acesteia şi este construită pe un model tridimensional ce cuprinde şase tendinţe opuse, două câte două:

- Axa *superioară – inferioară* corespunzătoare a două tendinţe: U (upward) - tendinţa spre dominare; D (downward) – tendinţa spre supunere şi acceptare a dominării.
- Axa *pozitivă – negativă* corespunde tendinţelor: P (positive) – tendinţa spre socializare; N (negative) – tendinţa spre individualism şi izolare.
- Axa *anterioară – posterioară* corespunzătoare tendinţelor: F (forward) – tendinţa spre conservatorism; B (backward) – tendinţa spre radicalism.

Fiecare tip de personalitate apare altfel din punct de vedere formal, într-un spaţiu tridimensional, jalonat de cele trei axe, fie ca expresie unica a unei dominante factoriale (ex.: tipul U – orientat spre succes material şi putere, tipul B – orientat spre respingerea convingerilor conservatoare din grup, tipul P – orientat spre egalitarism, etc.), fie ca expresie sintetică a două sau trei dominante (tipul UPB – orientat spre sprijin emoţional şi entuziasm, tipul PB – orientat spre liberalism permisiv, tipul DPB – orientat spre identificarea cu cei neprivilegiaţi). Din combinaţia acestor şase dominante interpersonale, Bales (1970) descrie douăzeci şi şapte de tipuri de personalitate, împreună cu rolurile de grup corespunzătoare.

Un profil ideal al managerului public, din perspectiva dominantelor interpersonale ale personalităţii ar trebui să cuprindă:

U – tendinţa spre dominare – având în fişa postului atribuţii de conducere el trebuie să se dovedească orientat spre putere, responsabilizare şi control al activităţii celorlalţi. Însă, un punctaj prea mare la această tendinţă îl îndepărtează de tipul de manager-lider imperios necesar într-o activitate performantă.

P – tendinţa spre socializare corespunde în foarte mare măsură fişei postului şi competenţelor specifice (relaţionare, atingerea scopurilor în comun, comunicare, influenţare, negociere şi mediere). Această tendinţă se cere exprimată la un nivel superior.

F-B – tendinţa spre conservatorism/radicalism reprezintă punctul nodal al profilului ideal al mangerului public. În cadrul competenţelor se precizează că managerul public este un factor al schimbării, în principal al vechilor metehne pe care este centrat mentalul colectiv din administraţia publică, dar el nu este izolat, nu poate impune un stil radical de muncă, ci face parte dintr-o organizaţie mare, cu proceduri, norme şi tradiţii foarte bine înrădăcinate. Din experienţa ciclurilor anterioare ale proiectului (YPS1 şi YPS2) s-a constatat că au avut succes tinerii manageri publici, care s-au adaptat, şi-au găsit locul în vechea structură, după care prin perseverenţă au introdus proceduri noi, au propus noi acte normative şi au încercat să schimbe „din mers" mentalităţile. Specialistul în resurse umane care face selecţia va trebui să-şi probeze capacitatea de a evalua nuanţat axa anterioară-posterioară. Sunt preferaţi candidaţii care prezintă un scor dual, împărţit atât către tendinţa F, cât şi către tendinţa B, cu o diferenţă cât mai mică între ele. O tendinţă prea conservatoare nu va face decât să conducă decât la perpetuarea vechiului sistem, iar una prea radicală va sfârşi prin eliminarea managerului public din sistem.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

3.1 Obiective

Obiectivul principal al cercetării constă în identificarea modalităţilor de eficientizare a selecţiei managerilor publici:

a. Teoretice

- Studiul dominantelor interpersonale ale personalităţii managerilor publici şi relevanţa acestora în procesul de selecţie:
- Elaborarea unui model ideal al managerului public din punct de vedere al structurii personalităţii interpersonale;

- Determinarea gradului de corespondenţă între autocunoaştere şi cunoaşterea dominantelor interpersonale ale personalităţii managerului public, ca factor principal de progres al performanţei profesionale.

b. Practice

- Evaluarea comportamentului interpersonal şi stabilirea gradului în care acesta influenţează performanţa muncii în echipă;
- Sensibilizarea candidaţilor asupra importanţei procesului de autocunoaştere şi cunoaştere a celorlalţi membri ai echipei, prin formarea grupului autoanalitic competent.

3.2 Ipotezele cercetării

Pornind de la obiectivele menţionate ne-am axat cercertarea pe următoarele ipoteze:

1. Dacă dominantele interpersonale (dezirabile) ale personalităţii influenţează comportamentul în echipă, atunci ne vom aştepta să existe o corelaţie semnificativă între valoarea acestora şi performanţa individuală.
2. Dacă există o relaţie deterministă între experienţa muncii în echipă ca rezultat al învăţării sociale şi performanţa în activitate, atunci stagiarii vor obţine scoruri mai ridicate în comparaţie cu bursierii.
3. Dacă autocunoşterea reprezintă un factor de progres determinant pentru succesul muncii în echipă, atunci ne vom aştepta să existe o corelaţie pozitivă semnificativă între gradul de autocunoaştere şi performanţele obţinute.

3.3 Metodele şi instrumentele utilizate

Pentru atingerea obiectivelor şi verificarea ipotezelor anterior formulate am utilizat următoarele metode şi tehnici:

Proba situaţională – a cuprins un exerciţiu tematic asupra unui subiect de actualitate, un incident critic căruia o echipă de manageri publici trebuie să-i facă faţă. Tema 1 se referă la distrugererea unui pod comunal de către o viitură, iar Tema 2 presupune amenajarea unui teren de joacă pentru copiii comunei lipsiţi de sprijin parental, părinţii fiind plecaţi la muncă în străinătate. Specificul probelor situaţionale constă în ancorarea cât mai accentuată a acestora în actualitate. Pe cât este posibil ele trebuie să permită confruntarea candidaţilor cu probleme reale ale managerilor publici. În perioada în care s-a desfăşurat cercetarea empirică (iulie - septembrie 2008) ambele teme erau de actualitate. Inundaţiile distruseseră drumuri şi poduri comunale, iar exodul celor care căutau un loc de muncă în afara ţării atinsese apogeul. Aşa încât s-a respectat prima condiţie a unei probe situaţionale, aceea de a fi credibilă şi de a motiva, pe cale de consecinţă candidaţii pentru a o trata cu responsabilitate. După prezentarea temei într-o manieră aproape jurnalistică, membrilor echipei li s-au trasat următoarele sarcini:

- Propuneţi un set de măsuri de urgenţă pentru remedierea temporară a situaţiei:
- Întocmiţi un proiect cu şanse de eligibilitate, pentru atragerea de fonduri UE;
- Pentru a fi mai convingători în faţa factorilor de decizie şi pentru a putea explica anumite detalii, construiţi din materialele care le aveţi la dispoziţie, o machetă (a podului sau a terenului de joacă, după caz).

Fiecare temă a fost însoţită de un plan cadastral de la nivelul unei comune, candidaţii probându-şi în acest fel capacitatea de a „citi" şi a analiza un astfel de document. Materialele care le aveau la dispoziţie pentru confecţionarea machetei au fost rechizite (foarfecă, creioane, gumă de şters, riglă, plastelină etc.), lucruri obişnuite (sfoară, pahare de plastic, chibrituri etc.) sau unelte comune (ciocan, patent, cutter etc.). Sala în care s-a desfăşurat proba situaţională a fost prevăzută cu un calculator cu acces la internet. Desfăşurarea probei a fost înregistrată video pe tot parcursul acesteia. Evaluarea celor trei cerinţe ale probei situaţionale (măsuri de urgenţă, proiectul şi macheta) s-a făcut pe baza unor bareme cât mai obiective, stabilite de o echipă de evaluatori cu experienţă în domeniu (manageri publici, experţi în proiecte europene, economişti). Aceştia au acordat o notă finală fiecărei echipe.

Metoda observaţiei - Pentru a se putea evalua cu acurateţe interacţiunile care se conjugă la nivelul echipei s-a apelat la o metodă mai analitică, respectiv

Categoriile Bales. Rezultate în urma unei analize factoriale laborioase, Bales (1950) împarte interacţiunile dintre membri echipei în trei domenii, respectiv douăsprezece categorii:

- Domeniul socio-afectiv pozitiv (manifestarea solidarităţii, manifestarea destinderii, aprobare pasivă);
- Domeniul orientării în sarcină (aducerea sugestiilor, exprimarea unei opinii, aducerea de informaţii, solicitarea de informaţii, solicitarea unei opinii, solicitarea sugestiilor);
- Domeniul socio-afectiv negativ (dezaprobarea pasivă, manifestarea tensiunii, manifestarea antagonismului).

Pentru fiecare echipă s-a alcătuit o *Foaie de observaţie* în care psihologul a notat interacţiunile dintre membri echipei pe parcursul desfăşurării probei situaţionale pentru fiecare din cele 12 categorii.

Grupul autoanalitic competent - Faţă de Moreno care invita subiecţii să fie spontani la completarea testului sociometric, Bales (1950) propune formarea şi instruirea echipei,înainte de a trece la completarea chestionarului, aşa numita metodă a grupului autoanalitic competent. El pretinde instruirea echipei în probleme privind personalitatea individului, influenţa grupului asupra personalităţii, comportamentul interpersonal, dominantele personalităţii interpersonale etc. Prin intermediul acestor teme se urmăreşte dezvoltarea capacităţii de observare, analiza interacţiunilor şi autoanaliza comportamentului interpersonal.

Metoda grupului autoanalitic sensibilizează membri echipei asupra problemelor nuanţate ale interacţiunii în spaţiul psihosocial al echipei, facilitându-le înţelegerea anumitor concepte şi invitându-i să le folosească. Toate acestea se produc în cadrul unui training de aproximativ două ore susţinut de un psiholog cu experienţă. Tot cu acest prilej, candidaţilor li s-a făcut instructajul cu privire la completarea chestionarelor Bales.

Chestionarul Bales - pentru identificarea tipurilor stabilite, Bales propune un chestionar pentru evaluarea interpersonală în trei forme notate cu A, B şi C. Forma A este de bază, iar formele B şi C sunt destinate controlului, predicţiei şi validării. Toate întrebările celor trei forme sunt aranjate într-o ordine identică, au o cheie

şi o metodologie de corectare comune (Mureşan, 1980). Fiecare formă cuprinde douăzeci şi şase de întrebări corespunzătoare celor douăzeci şi şase de tipuri descrise.

Chestionarul poate fi autoaplicat sau aplicat pentru un alt membru al grupului. În cercetarea de faţă am optat atât pentru autoevaluare cât şi pentru evaluarea comportamentului interpersonal al fiecărui membru al echipei, pe aceeaşi foaie de răspuns. După ce citeşte şi întelege întrebarea, subiectul are trei posibilităţi de răspuns „Da", „Nu" şi „?". Semnul întrebării se pune numai în cazul în care subiectul nu poate formula un răspuns afirmativ sau negativ. Corectarea chestionarului se face cu ajutorul grilei şi a procedurii de cotare (Mureşan, 1980, pp.120-122).

3.4 Participanţi

Cercetarea a cuprins un număr de treizeci şi cinci de subiecţi, adică patru echipe a câte nouă membri. În cazul echipei 1 au rămas opt membri, deoarece subiectul B.C.I. a absentat la proba situaţională.

Proiectul YPS 3 a inclus în procesul de selecţie două categorii de candidaţi: stagiari, tineri până la treizeci şi cinci de ani şi cu cel mult şapte ani vechime în administraţia publică, absolvenţi de învăţământ superior si, bursieri, tineri până la trezeci şi cinci de ani, absolvenţi de învăţământ superior şi fără experienţă în domeniul administraţiei publice.

Tabelul 1. Distribuţia subiecţilor pe echipe în funcţie de gen şi statut (stagiar/bursier)

Echipa	Subiecţi			
	Genul		Statut	
	M	F	Stagiari	Bursieri
1	4	4	4	4
2	4	5	4	5
3	3	6	4	5
4	4	5	5	4
Total	15	20	17	18

4. PREZENTAREA ŞI INTERPRETAREA REZULTATELOR

Proba situaţională s-a aplicat echipei într-o sală dotată cu calculator, acces la internet şi materiale necesare pentru confecţionarea machetei. Timpul pentru efectuarea sarcinilor a fost de două ore şi jumătate. În ultima jumătate de oră, membri echipei au completat un chestionar Bales, forma A atât pentru sine (autoevaluare) cât şi pentru fiecare dintre colegii lui. care au participat la proba situaţională. Pe tot parcursul desfăşurării ei, proba situaţională a fost înregistrată video.

Datele raportate în continuare au următoarele semnificaţii:

- Autoevaluare: reprezintă ponderea a trei valori dominante şi tipul Bales rezultate în urma autoadministrării chestionarului;
- Evaluarea echipei: reprezintă media valorii dominantelor şi tipul Bales atribuite subiectului de către toţi ceilalţi membri ai echipei;
- Punctaj autoevaluare: reprezintă diferenţa dintre valorile dominantelor autoatribuite şi valorile dominantelor atribuite subiectului de către membri echipei (un punctaj mare semnifică o bună autocunoaştere);
- Notă Bales: reprezintă concordanţa valorilor dominantelor cu tipul ideal al personalităţii interpersonale a managerului public;
- Notă individuală: este calculată în funcţie de aportul fiecărui subiect la realizarea sarcinilor echipei, pe baza fişei de observaţie (categoriile Bales) şi analiza rezultatelor activităţii;

Pentru celelalte trei echipe s-a procedat identic, dar spaţiul lucrării de faţă nu ne permite expunerea lor.

Analiza datelor obţinute de subiecţi, distribuiţi în cele patru echipe, ne conduce la următoarele observaţii:

a. Distribuţia subiecţilor pe tipuri Bales se face, de regulă, pe cele patru dominante (U, P, F şi mai rar B) care compun profilul ideal al managerului public. Acest lucru se explică prin faptul că subiecţii au fost selecţionaţi anterior pe baza unui inventar de personalitate. În acelaşi timp se vede efectul formator al metodei grupului autoanalitic competent.

b. Selecţionarea fondatorilor echipelor în funcţie de performanţa obţinută la testele de inteligenţă nu au fost o idee prea fericită. Numai în cazul a două echipe aceştia au devenit lideri, în situaţia celorlalte echipe ei au fost înlocuiţi. O idee mai viabilă ar fi fost aceea de a-i selecţiona în funcţie de profilul obţinut la inventarul de personalitate. În intenţia noastră, fondatorii nu sunt neapărat şefii echipei. Ei au misiunea numai de a înfiinţa echipa (patru membri traşi la sorţi şi alţi patru aleşi). Distribuţia rolurilor în echipă aparţine în totalitate membrilor acesteia.

c. Ne aşteptam ca nivelul autocunoaşterii să fie mai scăzut, în fapt el este ridicat. La o analiză mai aprofundată constatăm că aceste rezultate se justifică. În fond nu sunt decât şase dominante în teoria lui Bales, deci un număr relativ mic de variabile, care trebuiau autoevaluate. Prin formarea grupului autoanalitic competent, subiecţii au fost sensibilizaţi la problema autocunoaşterii şi de aceea scorurile sunt apropiate.

d. În ceea ce priveşte ipoteza nr.1 conform căreia *dacă dominantele interpersonale (dezirabile) ale personalităţii influenţează comportamentul în echipă, atunci ne vom aştepta să existe o corelaţie semnificativă între valoarea acestora şi performanţa individuală obţinută la proba situaţională*, în urma analizei datelor obţinute s-a evidenţiat existenţa unei corelaţii pozitive semnificative ($r = .871$, $p < .01$) între *nota Bales* (însemnând depărtarea sau apropierea faţă de profilul psihologic ideal al managerului public din punct de vedere al dominantelor interpersonale ale personalităţii) şi *nota individuală*, reprezentând contribuţia (reală) individuală a subiectului la performanţa echipei cuantificată prin interpretarea fişei de observaţie şi a notelor obţinute la cele trei sarcini ale temei (măsurile de urgenţă, proiect şi machetă).

Prezentăm în continuare cu titlu de exemplificare tabelul centralizator al rezultatelor obţinute de echipa nr.1:

Nr. crt.	Initiale subiect	Varsta	Sex		Statut		Bales						Note	
							Evaluare				Punctaj			
			M	F	Stagiar	Bursier	Autoeval.		Eval.echipa		Autoeval.	nota Bales	Indiv.	Finale
1	B.C.I.	32	X		X			absent		-	-	-	-	-
2	T.S.	30		X	X		2D 7P 2B	P	2.5U 10.5P 0.5F	P	89	80	90	84.88
3	C.S.C.	23		X		X	6D 4P 7B	DPB	4U 11P 2.5F	UP	74	85	90	86.13
4	R.I.C.	28		X	X		4U 14P 2F	UP	3.5U 8.5P 1.5F	UP	94	90	87	86.25
5	F.V.C.	28	X		X		2U 12P 6F	PF	2U 8P 1F	P	91	80	75	79.25
6	E.R.A.	23	X			X	6U 16P 6B	UPB	2.5D 10P 2.5F	P	87	--	83	81.5
7	T.M.I.	25	X			X	10U 9P 5F	UPF	2.5D 10.5P 1B	P	80	--	80	80.38
8	L.E.	28	X		X		4U 10P 3F	UPF	7U 9P 2F	UP	93	92	95	89.75
9	M.R.	23		X		X	2U 11P 5F	PF	1U 10P 1F	P	94	82	80	81.63
Total			4	4	4	4	Punctaj	stagiari			367	342	347	340.13
								bursieri			335	321	333	329.63
							Media	stagiari			91.75	85.5	86.75	85.03
								bursieri			83.75	80.25	83.25	82.41
							Media generala				87.75	82.88	85	83.72

Fig.2 Centralizarea rezultatelor pentru echipa nr.1

De altfel, această ipoteză nu face decât să confirme teoria lui Bales asupra rolului determinant al dominantelor interpersonale ale personalității, asupra performanței muncii în echipă. Corelația semnificativă indică și viabilitatea profilului ideal al managerului public propus de noi. O notă Bales ridicată nu înseamnă altceva decât orientare în sarcină, activism, interacțiuni puternice, responsabilizare etc. Este deci firesc ca aceste trăsături să conducă la o performanță individuală ridicată a subiecților. Continuând analiza cu ipoteza nr.2 (*dacă există o relație deterministă între experiența muncii în echipă ca rezultat al învățării sociale și performanța în activitate, atunci stagiarii vor obține scoruri mai ridicate în comparație cu bursierii*), observăm că rezultatele obținute, așa cum sunt prezentate în tabelul următor, ne conduc la concluzia conform căreia există o diferență în ceea ce privește performanța individuală (operaționalizată prin nota individuală) și statutul subiecților – stagiari sau bursieri. Astfel, stagiarii (M = 91,93, A.S. = 5,87) au obținut o medie mai mare cu 9 puncte decât bursierii (M = 82,84, A.S. = 8,28).

Tabelul 2. Corelație între nota Bales și nota individuală

		nota individuala
nota bales	Corelație Pearson	.871**
	Prag de semnificație	,000
	N	35

**corelație semnificativă la pragul de 0.01

Stagiarii sunt tineri până în treizeci și cinci de ani, cu mai puțin de șapte ani vechime în administrația publică. Inițiatorii proiectului au considerat că peste o vechime de șapte ani, subiectul nu mai are posibilitatea să-și schimbe mentalitatea și stilul personal de abordare a muncii în administrația publică.

Bursierii nu au experienţă în administraţia publică şi de aceea, comparaţi cu stagiarii, obţin performanţe mai reduse. Faptul că proba situaţională a pretins rezolvarea unor sarcini specifice domeniului administraţiei publice i-a făcut pe stagiari să-şi pună în valoare experienţa acumulată. Totodată, această ipoteză validează temele propuse de proba situaţională.

În ceea ce priveşte testarea ipotezei nr.3 conform căreia *dacă autocunoşterea reprezintă un factor de progres determinant pentru succesul muncii în echipă, atunci nu vom aştepta să existe o corelaţie pozitivă semnificativă între gradul de autocunoaştere şi performanţele obţinute*, analiza datelor a relevat existenţa unei corelaţii pozitive semnificative ($r = .397$, $p < .05$) între nota autocunoaştere şi nota individuală, ceea ce înseamnă că autocunoaşterea valorizează munca în echipă.

Tabelul 3. Corelaţie dintre nota autocunoaşterii şi nota individuală

		nota individuală
nota autocunoaştere	Corelaţie Pearson	,397*
	Prag de semnificaţie	,018
	N	35

*corelaţie semnificativă la pragul de 0,05

Cu alte cuvinte, cu cât gradul de autocunoaştere este mai ridicat, cu atât performanţa muncii în echipă creşte. Ipoteza aceasta validează metoda grupului autoanalitic competent. Cheia autoevaluării comportamentului interpersonal este autocunoaşterea.

Analiza explorativă a datelor a relevat existenţa unor corelaţii semnificative între variabila *vârstă* şi diferitele aspecte analizate. Asftel, s-a observat existenţa a trei corelaţii pozitive semnificative cu *nota autoevaluare* ($r = .473$, $p < .01$), cu *nota Bales* ($r = .523$, $p < .01$), respectiv cu *nota individuală* ($r = .533$, $p < .01$). Cu alte cuvinte, cu cât vârsta este mai ridicată, cu atât gradul de autocunoaştere este mai aprofundat, subiectul este mai apropiat de caracteristicile profilului ideal al managerului public şi performanţa individuală în echipă este mai ridicată.

Tabelul 4. Corelaţiile dintre variabila vârstă şi performanţele obţinute la proba situaţională

		nota autoevaluare	nota Bales	nota individuală
vârsta	Corelaţie Pearson	.473**	.523**	.533**
	Prag de semnificaţie	.004	.001	.001
	N	35	35	35

**corelaţie semnificativă la pragul de 0,01

Înaintarea în vârsta, deci, experienţa de viaţă în general contează foarte mult pentru un manager. Sternberg (2007) numeşte acest lucru "înţelepciune". Un manager trebuie să ştie să valorizeze experienţa lui şi a altora, nu numai referitoare la activitatea pe care o coordonează, ci şi în privinţa soluţionării unor probleme cu caracter general.

5. CONCLUZII

În cercetarea de faţă ne-am propus abordarea unei probleme de actualitate, în domeniul resurselor umane, respectiv procesul de selecţie al managerilor.

Astfel, în cadrul proiectului Phare - Young Professionals Scheme s-a pus problema selecţionării unor manageri publici, care să aducă un suflu nou, să schimbe mentalitatea actuală din domeniul administraţiei publice şi „să o acordeze la principiile, valorile şi concepţia comunitară". Folosindu-ne de acest prilej am iniţiat o cercetare empirică, care a cuprinds treizeci şi cinci de subiecţi.

Ca elemente de noutate în procesul de selecţie al managerilor publici am utilizat:

- Proba situaţională – analiza rezultatelor muncii în echipă;
- Metoda gupului autoanalitic competent;
- Foaia de observaţie pe baza categoriilor Bales;
- Chestionarele Bales.

Totodată, faţă de procedeele clasice în care selecţia se făcea individual, în cadrul de faţă selecţia vizează performanţele individuale ale subiectului, ca membru al unei echipe.

Datele relevate de cercetarea empirică ne conduc la următoarele concluzii:

a. Procesul de selecţie al managerilor trebuie să conţină o metodologie specifică complexităţii deosebite a postului/funcţiei. În acest sens, sunt de preferat probele situaţionale, care probează trăsăturile de personalitate în activitate, o activitate concretă cu reguli cunoscute, cu sarcini bine precizate, cu etapizare, cu apropierea şi folosirea unor mijloace, cu atingerea unor obiective. Evaluarea individuală a subiecţilor la probele situaţionale măreşte şansa unui prognostic valid, în legătură cu alegerea unui candidat care să facă faţă cu succes cerinţelor viitoare ale postului.

b. Partea „neacoperită" a procesului clasic de selecţie, în privinţa managerilor, se referă la cunoaşterea şi interpretarea comportamentului interpersonal. Rolul esenţial al managerului constă în influenţa socială, modul în care el poate şi ştie să-i conducă, să-i organizeze, să-i motiveze şi să-i controleze pe ceilalţi. Aplicarea în cadrul selecţiei a unor metode care să reliefeze dominantele interpersonale ale personalităţii este benefică.

c. Autocunoaşterea este cheia comportamentului interpersonal. Ea explică o serie de fenomene perturbatorii de la nivelul organizaţiei: conflicte, stări de spirit negative, demotivări, neîncredere în ceilalţi membri ai organizaţiei etc. Sunt candidaţi care manifestă un grad de autocunoaştere ridicat şi care pot să gestioneze cu succes interacţiunea lor cu ceilalţi. Pentru procesul de selecţie al managerilor, acest lucru este foarte important.

d. Experienţa anterioară conduce neîndoielnic la obţinerea unor performanţe superioare. În cazul prezentei cercetări, ea a făcut diferenţa dintre stagiari şi bursieri. La fel de importantă este şi experienţa de viaţă (Roco, 2007). În cazul managerilor, selecţionarea unor candidaţi care reuşesc să valorifice experienţa de viaţă a lor şi a altora este deosebit de oportună.

e. Toate cele trei ipoteze propuse cercetării empirice s-au confirmat în totalitate. Ne aşteptăm la o mai puternică corelaţie între nivelul autocunoşterii şi performanţa individuală, dar probabil că abordarea parţială a autocunoaşterii numai prin prisma celor şase dominante a comportamentului interpersonal a afectat acest rezultat.

f. Metodologia propusă pentru selecţia managerior e mult mai complexă, foarte laborioasă şi nici costurile nu sunt de neglijat. Toate acestea se justifică dacă luăm în considerare timpul pierdut şi costurile foarte ridicate pentru o organizaţie în cazul unui eşec al procesului de selecţie a unui manager.

Lucrarea de faţă, fiind doar cea de-a doua cercetare în problematica managerilor publici are o serie de limite care nu influenţează rezultatele obţinute dar ne obligă la continuarea analizei pe un palier mai profund. Se desprind astfel câteva direcţii de abordare a unor cercetări viitoare, dintre care amintim: Care sunt cele mai bune criterii şi metode prin care putem selecţiona un manager – lider? Cum putem previziona în cadrul procesului de selecţie, asupra dezvoltării managerului, transformării sale în lider charismatic? Cum putem valorifica date obţinute de selecţie pentru alegerea unor programe de formare specializate care să fie necesare managerului şi nu formale, cum se întâmplă de multe ori? Pornind de la selecţie, cum putem dezvolta comportamentul interpersonal al managerului? Cum putem întări rolul acestuia în influenţa socială? Probabil că aceste orientări vor face subiectul unor noi cercetări.

Pe de altă parte, deşi frecvent criticată, considerată un implant forţat în cadrul sistemului administraţiei publice, categoria managerilor publici începe să-şi dovedească utilitatea prin rezultatele obţinute, prin flexibilitatea şi abordarea integrată a problematicii sectorului public de către reprezentanţii acesteia. Orice sistem, şi în special cel administrativ, construit pe principii birocratice, este reticent la schimbare, dar managerii publici au început treptat să se integreze în societatea românească (Niţă, 2008), nu atât prin impunerea prin intermediul unui cadru normativ, cât mai ales ca rezultat al modulului în care au lucrat împreună, ca un grup solidar, pentru a demonstra valoarea pe care o reprezintă.

6. BIBLIOGRAFIE

Armstrong, M. (2003). *Managementul Resurselor Umane*. Bucureşti: Editura Codecs.

Bales, R.F. (1950). *Interaction Processes Analysis, a Method for The Study of The Small Group*. Cambridge, MA: Addison Wessley Publishing Company, Inc.

Bales, R.F. (1970). *Personality and Interpersonal Behavior*, New York: Holt, Rinehart & Winston.

Johns, G. (1998). *Comportamentul organizaţional*. Bucureşti: Editura Economică.

Maguire, M., Dunne, C. (2004). SIGMA - Support for Improvement in Governance and Management, A joint initiative of the OECD and the European Union, Romania Mid-Term Evaluation Report on *Creating a Corps of Professional Managers within the Civil Service*. The Young Professionals Scheme (PHARE RO 01.06.03), Bucureşti.

Mureşan, P. (1980). *Învăţarea socială*. Bucureşti: Editura Albatros.

Niţă, R. (2008). Adapting the Young Professionals Scheme to the needs of the civil service reform, RO – 2005/017-553.01.03.02, *Report on Public Managers' Job Definition*. Bucureşti.

Roco, M. (2007). Expunere Sintetică a Studiilor Privind Leadershipul. *Revista de Psihologie Organizaţională*, vol.VII, nr. 3-4.

Stănescu, D.F., Roşca, A.C. (2009). Fast Streamers In Romanian Civil Service – A Special Breed?. *Cercetarea Psihologică Modernă – Direcţii şi Perspective*, coord. Milcu, M., Bucureşti: Editura Universitară.

Sternberg, R.J. (2007). A Systems Model of Leadership – WICS. *American Psychologist*, 1/2007.

Thompson, J., Farla, T. (2008). *YPS 3 Selection methodology*. Bucureşti.

DIAGNOZA PERCEPȚIEI COMPORTAMENTULUI CONTRAPRODUCTIV. ELABORAREA UNUI INSTRUMENT DE CERCETARE

ALINA TEODORESCU, ADRIAN BRATE
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, teo_allina@yahoo.com, adrian.brate@gmail.com

REZUMAT: Organizațiile, prin specificul lor, prezintă condiții favorabile de apariție a comportamentelor contraproductive. Acestea reprezintă acte intenționate, inițiate de angajați ce urmăresc să încalce normele, cu scopul de a dăuna atât organizației, cât și membrilor acesteia. Diversitatea acestor comportamente variază de la implicații minore la unele foarte grave reprezentând o latură mai puțin plăcută a activităților din organizații. Evaluarea din punct de vedere psihologic a realității unei organizații, trebuie cu prisosință realizată. Datorită implicațiilor dăunătoare pe care comportamentele contraproductive le pot avea asupra organizațiilor și a membrilor acestora, studiul de față își propune construirea și validarea unui instrument standardizat de evaluare a percepției angajaților asupra comportamentului contraproductiv de la locul lor de muncă, instrument propus spre utilizare în sectorul vechi de producție al unei organizații cu domeniul de activitate în proiectarea, producerea și comercializarea componentelor pentru fabricația de autoturisme și diverse utilaje industriale.
Cuvinte-cheie: comportament contraproductiv, percepție, chestionar.

1. INTRODUCERE

Modul de comportare al oamenilor în organizații, a reprezentat dintotdeauna un subiect de interes major atât pentru cercetători cât și pentru manageri. În ciuda dezvoltării teoretice și a accentelor puse pe cercetare, comportamentul organizațional rămâne unul dintre cele mai studiate comportamente, în sensul disponibilității sale structurale de a sugera practicienilor (managerilor) un registru destul de larg de instrumente și practici de cunoaștere și dirijare a comportamentelor oamenilor din organizații.

În ultimii ani, s-a constatat o creștere a interesului pentru cercetarea comportamentelor la locul de muncă, ce produc daune angajaților sau organizației, în special din cauza consecințelor negative și costurilor asociate. Printre acestea se numără cele economice precum pierderea productivității datorate întârzierii la serviciu, furturi sau sabotaj sau cele psihologice ca și retragere sau satisfacție scăzută în muncă, grad ridicat de stres și insecuritate pentru cei care sunt ținte ale comportamentelor contraproductive interpersonale (Sulea, 2004). Odată cu identificarea acestor anomalii, tot mai mulți cercetători s-au axat pe implicațiile directe asupra organizațiilor și a angajaților, la fel ca și pe construirea unor metode de analiză și intervenție în acest domeniu. În literatură, comportamentele contraproductive individuale sunt studiate cu ajutorul instrumentelor de auto-raportare. o condiție de bază fiind asigurarea confidențialității răspunsurilor.

Rezultatele studiilor au condus la relevarea unor modele explicative ale acestor comportamente și la diferite denumiri care includ aproximativ aceleași caracteristici: *comportament antisocial* (Giacalone & Greenberg, 1997; cit. în Sulea, C., 2004), *devianța la locul de muncă* denumire ce provine din englezescul workplace deviance (Robinson & Bennett, 1995; cit. în Sulea, C., 2004), *comportament disfuncțional* - organizational misbehavior (Vardi & Wiener, 1996; cit. în Sulea, C., 2004), *comportament contraproductiv* - counterproductive behavior (Fox & Spector, 1999; (cit. în Sulea, C., 2004, pag.60).

Devianța angajaților este definită ca fiind un comportament voluntar care încalcă norme semnificative organizaționale și astfel amenință bunăstarea organizației și/sau a membrilor acesteia. (Robinson, S., L., Bennet, J., R., 1995, apud. Sulea, C., 2004, pag. 61).

Robinson și Bennett (2000), Hollinger și Clark (apud Sackett, 2002) au analizat diferite tipuri de deviață:

a. Comportamente orientate împotriva organizației:

- devianța referitoare la proprietate (folosirea neadecvată a bunurilor angajatorului) : furt, sabotaj, daune materiale
- devianța referitoare la producție (încălcarea normelor legate de activitatea profesională așa cum este stipulată în contract și în regulamente de ordine interioară): neimplicarea în muncă, absențe, întârzieri, pauze lungi, consumul de alcool și droguri, greșeli intenționate sau sarcini tărăgănate, realizate într-un timp defavorabil.

b. Comportamente interpersonale

- orientate spre ceilalți membrii ai organizației concretizându-se prin abuz verbal, bârfă, hărțuire.

c. Comportamente care diferă din punct de vedere al gradului de severitate

- forme grave : agresivitatea, hărțuirea, violența.
- forme minore: împrăștierea zvonurilor, manifestarea de comportamente ce vizează lipsa de respect față de alți membrii ai organizației

O altă tipologie este aceea prezentată de Sulea, Pitariu, Maricuțoiu (2009, pag. 46) care surprinde următoarele comportamente contraproductive:

- abuz de informație (distorsionarea informației, dezvăluirea de secrete, informare greșită, eșec în transmiterea unei informații și minciună)
- devianța producției (nerespectarea termenelor limită, eșec în îndeplinirea sarcinilor-atât timpul cât și calitatea lor, distrugerea bunurilor organizației. cauzarea prejudiciilor, abuz de resurse, nepotism)
- absenteeism și retragere (întârzierea la locul de muncă, pauze, plecări în timpul programului, petrecerea

timpului în alte scopuri decât cele legate de rezolvarea sarcinilor, absenţe, tragere de timp).

• comportamente contraproductive interpersonale (bârfă, critică nejustificată, lipsă de respect faţă de alţi membrii ai organizaţiei, comportamente orientate împotriva altor colegi sau persoane cu scopul de a-i agresa fizic şi psihic).

Având în vedere **predictori** ai comportamentului contraproductiv prezentaţi în literatură de-a lungul anilor, Bennet şi Robinson în anul 2003, susţineau că următoarele tendinţe au întâietate (cit. în Mount, Ilies, Johnson, 2006, pag. 593):

• **Comportamentele contraproductive - reacţie la experienţele trăite de angajat la locul de muncă:**

Lipsa de autonomie – comportamentul deviant poate să fie manifestat cu scopul descărcării unei anumite tensiuni acumulate, existând posibilitatea ulterioară a angajaţilor de a recâştiga controlul asupra mediului de lucru.

Justiţia organizaţională – se referă la corectitudinea percepută a rezultatelor (justiţia distributivă), a procedurilor (justiţia procedurală) şi tratamentul din partea autorităţilor (justiţia interacţională). *Justiţia interacţională* include percepţiile referitoare la *justiţia interpersonală*, adică măsura în care autorităţile din cadrul organizaţiei îi tratează pe angajaţi cu respect şi demnitate, şi *justiţia informaţională*, ce este gradul în care autorităţile furnizează explicaţii adecvate pentru deciziile luate. (Dalal, R. S., 2005, pag. 1243).

Constrângeri organizaţionale – cuprind restricţiile organizaţionale ce rezultă din reguli şi proceduri, lipsa de resurse, lucruri ce sunt corelate pozitiv cu comportamentele contraproductive, în special cu cele de tipul răzbunării. (Sulea, C.)

Satisfacţia muncii poate fi definită ca "o trăire plăcută sau pozitivă, rezultată din evaluarea proprie a experienţelor legate de locul de muncă" (Locke, apud. Mount, M., Ilies, R., Johnson, E., 2006). Dintr-o perspectivă conceptuală, se poate afirma faptul că indivizii care îşi evaluează în mod negativ experienţele legate de locul de muncă, ar fi mai predispuşi să întreprindă comportamente contraproductive.

• **Comportamentele contraproductive – reflecţia propriei personalităţi a angajatului:**

Cercetările anterioare asupra comportamentelor contraproductive s-au concentrat pe determinarea legăturii dintre acestea şi factorii de personalitate. În acest sens, au fost studiate dimensiuni ale personalităţii conform modelului Big Five, fiind cunoscute astfel: extraversie, conştiinciozitate, stabilitate emoţională, amabilitate şi deschiderea spre nou (tendinţa de a experimenta). De ex. Salgado (2002) a desfăşurat o meta-analiză a relaţiei dintre modelul de personalitate Big Five şi comportamentele contraproductive la locul de muncă, demonstrând faptul că dimensiunea conştiinciozitate este puternic corelată cu comportamente deviante ce constau în furt, probleme disciplinare, abuz de substanţe, distrugerea de proprietate şi încălcarea regulilor organizaţionale (cit. în Mount, Ilies, Johnson, 2006, pag. 595).

• **Comportamentele contraproductive – adaptare la contextul social:**

Devianţa în context organizaţional, implică încălcarea normelor organizaţionale, dar pentru ca aceasta să se producă, poate fi necesară şi presiunea grupului de lucru, normele şi actele care susţin devianţa, să fie imperative în declanşarea acesteia. În acest sens, unele cercetări au relevat faptul că un predictor important al comportamentului contraproductiv la locul de muncă reprezintă gradul în care colegii unui angajat sunt implicaţi în comportamente similare (Sulea, C., Pitariu, H., Maricuţoiu L., 2009, pag. 44).

Factorii cu caracter situaţional pun accent pe circumstanţele individuale şi organizaţionale care ar creşte probabilitatea manifestării unui comportament contraproductiv, iar aceştia pot consta în oportunităţile determinate de natura postului, sisteme lejere de monitorizare şi control al activităţilor profesionale, sau scopuri organizaţionale irealiste, mult prea solicitante pentru angajat.

Modele explicative ale comportamentului contraproductiv

Teoria comportamentului planificat

Teoria comportamentului planificat (Ajzen, I., 1991, pag. 179) oferă un cadru conceptual pentru studierea acţiunilor umane. Conform acestei teorii, comportamentul uman este condus de trei tipuri de consideraţii: credinţele privind consecinţele probabile sau alte atribute ale comportamentului (*credinţe comportamentale*), credinţe privind aşteptările normative ale altor oameni (*credinţe normative*) şi credinţe privind prezenţa factorilor care pot facilita sau împiedica desfăşurarea comportamentului (*credinţe privind controlul*).

Diferite cercetări au studiat importanţa unor elemente considerate a fi importante în determinarea comportamentului contraproductiv, elemente raportate la factorii amintiţi mai sus:

- *factorii de dezirabilitate*, cum ar fi echitatea, factorul cel mai important ce contribuie la perceperea necesităţii unui astfel de comportament;
- *factori normativi*, ce reflectă percepţia acceptării comportamentului de către membrii unui grup, incluzând însă şi normele subiective ale individului (climatul organizaţional);
- *factori de risc*, determinaţi de sistemele de securitate ale organizaţiei şi percepţia angajatului de a manifesta un comportament contraproductiv, fără a fi descoperit sau cu consecinţe minore.

Rezultatele dezirabile sunt cele care presupun un beneficiu perceput de către individ. Dacă un individ anticipează un beneficiu sau o satisfacţie realizând un anumit comportament, se va angaja în desfăşurarea acestuia.

Teoria atribuirii cauzale

Teoria atribuirii studiază mecanismele psihologice prin care subiectul îşi explică modul de producere şi desfăşurare a evenimentelor şi comportamentelor încercând astfel să prezică şi să stăpânească realitatea. Prin atribuirea cauzalităţii, se realizează implicit un proces de cunoaştere a realităţii, de "inducere de sensuri", ce asigură inteligibilitatea acelei realităţi, ceea ce permite totodată elaborarea prognozelor asupra

desfăşurării unor procese, evenimente sau comportamente (Mitrofan, 2009, pag. 36).
Dacă un individ atribuie un rezultat dezamăgitor propriilor caracteristici interne şi instabile (ex. lipsa de efort) atunci probabil că îşi va asuma vina şi nu se va implica într-un comportament deviant. Pe de altă parte, în situaţia în care atribuie un rezultat dezamăgitor unei cauze externe, stabile şi intenţionale, creşte probabilitatea ca acel individ să se angajeze într-o formă de comportament contraproductiv (Sulea, 2004).
Procesarea cognitivă se realizează în funcţie de *variabile situaţionale* (politici inflexibile, mediu competitiv, stil de conducere, reguli şi proceduri, condiţii economice, sistem de recompense, condiţii adverse de lucru, dificultatea sarcinii, rezultate anterioare) şi *diferenţe individuale* (afecte negative, nivel de integritate, gen, stil de atribuire, autoevaluări, stima de sine, autoeficacitate generalizată).

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Premise

Demersul de a crea un chestionar care să evalueze percepţia angajaţilor asupra comportamentelor contraproductive la locul de muncă, poate fi de mare ajutor managementului. Acesta va putea identifica unele tipuri de comportament contraproductiv manifestate în interiorul organizaţiei, precum şi tendinţe ale acestuia, punct de la care poate determina mai departe cauzele producerii lui şi nu în ultimul rând, punerea la punct a unei strategii de intervenţie prin măsuri, reguli şi proceduri de prevenire, stopare şi pedepsire a actelor contraproductive. Am considerat mai utilă evaluarea comportamentului contraproductiv la locul de muncă prin percepţia angajaţilor care sunt martorii acestora, poate chiar şi ţintele lor, decât utilizarea obişnuitelor chestionare de auto-evaluare/raportare. Acestea, în ciuda faptului că asigură anonimitatea, nu pun la dispoziţie întotdeauna nişte date reale.
A fost vizat sectorul vechi de producţie al unei organizaţii, în alegerea acestuia avându-se în vedere o serie de informaţii obţinute de la psihologul organizaţiei, informaţii considerate reali predictori ai comportamentului contraproductiv.
Activitatea este desfăşurată pe maşini-unelte clasice cu un grad avansat de uzură, faţă de dotările altor sectoare în care munca se realizează la o tehnologie mai înaltă, respectiv maşini cu comanda numerică.
Stabilitatea angajaţilor pe posturi este relativă, deoarece sectorul "Afaceri tradiţionale" se îndreaptă spre lichidare, gradată, dar progresivă, fenomen care nu poate fi ascuns. Comenzile sunt din ce în ce mai puţine. Angajaţii tineri sunt pregătiţi pentru redistribuire şi reconversie profesională, iar cei vârstnici nu sunt străini de faptul că prezintă interes minim pe piaţa actuală a muncii.
Discursul managerial, cu toate că este triumfalist, nu-i convinge pe aceşti angajaţi, deoarece nu prezintă nici o perspectivă. De asemenea, salariile din această zonă şi-au pierdut în ultimii ani atractivitatea. însă disponibilitatea la efort prelungit a rămas o cerinţă constantă şi continuă. Aceste situaţii predispun la punerea în discuţie a echităţii organizaţionale, iar în urma acestor neajunsuri, se poate afirma că şi satisfacţia muncii este relativ scăzută, fenomen descoperit în urma unui studiu asupra climatului organizaţional realizat în interiorul organizaţiei.
Obiectivul cercetării: Construirea şi validarea unui instrument standardizat de evaluare a percepţiei angajaţilor asupra comportamentului contraproductiv la locul de muncă.
Participanţi
Lotul de participanţi a fost format din angajaţii sectoarelor vechi de producţie, respectiv "Afaceri Tradiţionale" cu următoarele ateliere componente: automate, aparate de frână, turnătorie sub presiune, transmisii cardanice, casete de direcţie, arcuri înfăşurate la rece, arcuri înfăşurate la cald, echilibror, SDV-uri (scule, dispozitive, verificatoare). În rândul acestor ateliere, sunt încadraţi în muncă 154 de angajaţi productivi, din care am chestionat 131, restul de 23 aflându-se în concedii (de odihnă, respectiv medicale). Astfel, lotul de participanţi la studiu, a fost constituit din toţi angajaţii productivi ai singurului sector vechi de producţie " Afaceri tradiţionale", la momentul desfăşurării studiului. (N=131). Vârsta participanţilor a fost cuprinsă între 18-65 de ani, dintre care 111 de gen masculin şi 20 aparţinând genului feminin.

Chestionarul. Strategia de construcţie
Instrumentul psihologic propus este sensibil la natura contextului profesional şi poate furniza informaţii utile despre devianţa comportamentală la locul de muncă.
A fost urmărită schema procesului de construcţie a unui chestionar de evaluare psihologică a personalului, prezentată pe larg în literatura de specialitate (Ticu, C., 2004, pag. 73-106).
Etapele parcurse în construcţia acestui chestionar au fost următoarele:

- formularea itemilor
- construirea chestionarului iniţial
- evaluarea itemilor în cadrul unui grup de experţi
- definirea chestionarului intermediar
- aplicarea chestionarului pe lotul de participanţi
- analiza statistică a datelor obţinute
- definirea chestionarului final

Operaţionalizarea variabilelor
În desfăşurarea acestui studiu, s-a pornit de la un model teoretic- conceptual preexistent. Dimensiunea / subdimensiunile vizate sunt unele „clasice", recunoscute, conceptualizate din punct de vedere teoretic. Operaţionalizarea variabilelor a fost realizată pe baza informaţiilor colectate din literatura de specialitate, pornind de la suportul teoretic-conceptual descris în studii teoretice/empirice. Astfel, suportul a fost oferit de tipologiile următorilor autori:

- Bennet S.L., Robinson R.J., (2000) Development of a measure of workplace deviance
- Gruys P.R., Sacket, M., (2003) Investigating the dimensionality of Couterproductive Work Behaviour
- Sulea C., Pitariu D.H., Maricuţoiu L. (2009) Construction and validation of the Scale for the Evaluation of the Perception of Counterproductive Behaviors in Organizations (EPCBO)

Au fost selecţionate patru tipuri de comportamente contraproductive, care s-au dovedit a fi şi cele mai

frecvente în urma desfăşurării cercetărilor pe această temă.

Dimensiunea generală vizează comportamentul contraproductiv. Aceasta cuprinde patru subdimeniuni specifice : **Abuzul de informaţie, Devianţa producţiei şi sabotaj, Absenteism şi retragere, Relaţii interpersonale contraproductive.** Subdimensiunile vizate au fost descrise în literatura de specialitate astfel:

1. Abuzul de informaţie (folosirea necorespunzătoare a informaţiei) – dezvăluirea informaţiilor confidenţiale; falsificarea înregistrărilor, a documentelor de serviciu; distorsionarea informaţiei; informarea greşită; eşec în transmiterea informaţiei; minciună.
2. Devianţa producţiei şi sabotaj (actele intenţionate de a nu îndeplini sarcinile la standardele de conduită operatorie şi de calitate, precum şi sabotarea bunurilor din dotare), în această categorie fiind incluse următoarele: distrugerea de bunuri şi proprietăţi ale organizaţiei angajatoare; deteriorarea echipamentelor din dotare; prezenţa defectelor de activitate şi de calitate; efectuarea muncii incorect şi într-un ritm mult prea lent; nerespectarea termenelor limită; muncă neîngrijită.
3. Absenteism şi retragere (descriu comportamente ce restrâng valoarea timpului conform programului de muncă cerut de organizaţie, precum şi pe cel al sarcinilor ce trebuie realizate, la fel şi neimplicarea în muncă), actele deviante constând în: absenteism; întârzierea la programul de muncă; părăsirea locului de muncă înainte de terminarea programului; abuzul de pauze (mai lungi sau mai dese) prin nerespectarea timpului specificat în regulament; manifestarea dezinteresului faţă de sarcinile de lucru; neimplicarea în activitatea colectivă; desfăşurarea activităţilor cu caracter personal în timpul programului de muncă.
4. Relaţii interpersonale contraproductive (manifestarea comportamentelor îndreptate împotriva colegilor cu scopul de a le dăuna din punct de vedere fizic şi psihic), actele deviante fiind considerate următoarele: răspândirea bârfelor/a zvonurilor; critică nejustificată; lipsă de respect faţă de colegi, superiori, conducerea organizaţiei angajatoare; hărţuire; abuz verbal: punerea în pericol a colegilor; agresivitate fizică.

Construirea itemilor

Pornind de la caracteristicile fiecărei subdimensiuni prezentate în literature de specialitate, am construit individual un număr de 48 de itemi pe care i-am considerat optimi în surprinderea aspectelor esenţiale legate de fiecare tip de comportament. Fiecărei subdimensiuni i-a fost atribuit un anumit număr de itemi, astfel: abuz de informaţie (10 itemi), devianţa producţiei şi sabotaj (11 itemi), absenteeism şi retragere (13 itemi), relaţii interpersonale contraproductive (14 itemi). Aserţiunile formulate au fost înscrise pe o listă, amestecate. În funcţie de scopul final al instrumentului şi de specificul lotului de participanţi, a fost ales un sistem de evaluare al itemilor, respectiv scala Likert în cinci trepte şi anume: 1. Nu se întâmplă niciodată 2. Se întâmplă foarte rar 3. Se întâmplă uneori 4. Se întâmplă deseori 5. Se întâmplă întotdeauna

Procedura de lucru

Sectorul de producţie "Afaceri tradiţionale" încadrează în muncă un număr de 154 de angajaţi. La momentul aplicării chestionarului, angajaţii productivi au fost în număr de 131, aceştia constituind şi lotul de participanţi. Aplicarea chestionarului a fost programată din timp astfel încât să afecteze cât mai puţin desfăşurarea normală a programului de lucru. Participanţii au fost informaţi asupra scopului cercetării, explicânduli-se totodată şi modul de completare a foilor de răspuns. Au fost rugaţi să răspundă cât mai sincer fiind asiguraţi de confidenţialitatea datelor şi de anonimatul chestionarului.

Chestionarele au fost administrate pe parcursul a trei săptămâni spre a putea gasi si angajatii care au lucrat în schimburile doi şi trei. Condiţiile de testare au fost optime.

3. REZULTATE

Evaluarea în grup de experţi (validitate de conţinut)

Analiza itemilor chestionarului iniţial în cadrul unui grup de experţi a fost esenţială pentru verificarea validităţii de conţinut şi anume măsura în care itemii formulaţi au vizat conţinutul dimensiunii/ subdimensiunilor chestionarului şi dacă aceştia au fost suficienţi pentru a se referi la toate aspectele semnificative ale acestuia. Fiecare membru al grupului de experţi a primit documentaţia ce a cuprins descrierea subdimensiunilor vizate şi lista cu cei 48 de itemi propuşi, amestecaţi într-o listă comună. Din grupul de experţi au făcut parte psihologi şi specialişti din domeniu, aceştia fiind în număr de 11.

Analiza de concordanţă (acordul între evaluatori), a permis plasarea fiecărui item în parte uneia dintre subdimensiunile descrise anterior. În urma analizării gradului de concordanţă între evaluatori, au fost excluşi itemii repartizaţi în categorii diferite şi aceia care nu au putut fi plasaţi nici uneia dintre subdimensiunile descrise anterior. În urma eliminării itemilor cu un grad mare de dispersie, au fost verificaţi din nou cei obţinuţi pentru a stabili dacă aceştia sunt suficient de reprezentativi pentru subdimensiunile vizate, totodată, unii dintre ei fiind reformulaţi pe alocuri.

Din cei 48 de itemi ai chestionarului iniţial dat spre analiză grupului de experţi, au fost reţinuţi pentru chestionarul intermediar 31 (tabelul 1), forma care a fost dată spre completare angajaţilor sectorului vizat de studiu. Datele colectate în urma aplicării chestionarului intermediar pe lotul de participanţi, au fost introduse într-o bază de date a unui program de prelucrare statistică. Într-o primă fază s-a efectuat analiza mediilor şi a abaterilor standard pentru fiecare item în parte.

Raportându-ne la criteriile de normalitate ale unei distribuţii, se poate constata că majoritatea itemilor le îndeplinesc: m > 2SD, m > SD, ceilalţi neavând abateri semnificative.

Pentru analiza *coeficientului de consistenţă internă* s-a recurs la formula Alpha Cronbach, care este adecvată pentru analiza itemilor cu răspunsuri pe scale. Coeficientul a fost calculat pentru fiecare subdimensiune în parte.

Tabelul 1. Analiza mediilor şi a abaterilor standard

Item	Medie	Ab. Std.
1. Raporteaza eronat stadiul rezolvarii unor sarcini	3,31	1,246
2. Neglijeaza respectarea etapelor procesului de lucru	2,82	1,149
3. Se invoiesc in mod repetat si nejustificat de la locul de munca	2,98	1,106
4. Folosesc un limbaj lipsit de respect fata de colegii lor, glume deplasate, obscenitati, expresii vulgare	2,87	1,133
5. Deformeaza adevarul pentru a-si acoperi greselile	3,31	1,177
6. Folosesc cu neglijenta aparatele din dotare, utilajele, sculele si alte dispozitive	2,56	1,235
7. Iau pauze mai lungi sau mai dese decat acelea prevazute in regulament	2,92	1,107
8. Desconsidera contributiile colegilor si ii insulta	2,95	1,143
9. Transmit informatii eronate cu scopul de a influenta lucrurile in favoarea lor	2,98	1,246
10. Deterioreaza echipamentele si alte dotari pe care le au la dispozitie	2.22	1.111
11. Se retrag in fata problemelor aparute in cadrul colectivului	3,27	1,151
12. Amana anumite sarcini urmarind indeplinirea acestora de catre alti colegi	3,22	1,179
13. Ingreuneaza productia lucrand in ritm propriu atunci cand trebuie respectate anumite termene sau efectuate lucrari standardizate	2.44	1.117
14. Intrerup munca si parasesc locul de munca inainte de terminarea programului	2,66	1.135
15. Fac comentarii defavorabile in privinta etniei, religiei, valorilor si altor credinte personale ale celorlalti colegi	2,60	1.135
16. Atribuie propriile greseli si nerealizari de la locul de munca celorlalti, facandu-i raspunzatori pentru ele	3.37	1.308
17. Ascund sau blocheaza date esentiale ce trebuie sa fie cunoscute de catre intreg colectivul	2.89	1.198
18. Ignora instructiunile, prevederile, dispozitiile procedand dupa bunul plac	2.65	1.102
19. Ironizeaza devotamentul celorlalti colegi fata de munca depusa	3,33	1.133
20. Falsifica semnaturi sau completeaza date eronate in documentele oficiale de serviciu	2,05	1,115
21. Se prezinta cu intarziere la locul de munca sub pretextul anumitor scuze	3,03	1,022
22. Produc stricaciuni obiectelor personale ale celorlalti colegi de munca	2.28	1.104
23. Defecteaza unele aparate si dispozitive atunci cand timpul devine presant pentru productie	2.24	1.075
24. Absenteaza de la locul de munca in baza unor afectiuni medicale inexistente sau a unor motive nejustificate	2.98	1.157
25. Inferiorizeaza unii colegi folosindu-se de glume proaste	3.19	1.164
26. Dezinformeaza seful direct in legatura cu colegii de munca si activitatile desfasurate in atelier	2.81	1.278
27. Fac comentarii neavenite pe seama vietii personale a colegilor	2,97	1.143
28. Impiedica raportarea catre superior in legatura cu avariile aparute la unele instrumente de lucru	2,44	1,090
29. Folosesc termeni cu conotatie sexuala la adresa altor colegi	2,76	1,096
30. Suprasolicita sau folosesc in scopuri inadecvate instrumentele de lucru	2,50	1,091
31. Folosesc amenintarea la adresa colegilor urmarind atingerea unor scopuri personale	2,35	1,074

Tabelul 2. Coeficienţi de consistenţă internă pentru cele patru sbdimensiuni

Dimensiune	Număr de itemi	Coeficient Alpha Cronbach
Abuz de informaţie	7	0, 861
Devianţa producţiei şi sabotaj	7	0, 899
Absenteism şi retragere	7	0, 882
Relaţii interpersonale contraproductive	10	0, 912

Coeficientul de consistenţă internăobţinut, pe întreg chestionarul a fost de 0, 958.

Coeficientul de consistenţă internă obţinut, garantează pentru fiecare grupare de itemi analizată că aceasta este omogenă (itemi consistenţi ca sens) şi unidimensională.

S-a urmărit şi verificarea relaţiei dintre subdimensiunile chestionarului, pentru acest lucru fiind necesară calcularea coeficientului de corelaţie Spearman.

Analizând coeficienţii de corelaţie obţinuţi, se constată că există o corelaţie pozitiv semnificativă între cele patru subdimensiuni analizate (valori peste 0,70). Se poate afirma faptul că există o probabilitate crescută ca un comportament odată iniţiat, să determine şi altele.

În cazul studiului de faţă, evaluarea fidelităţii s-a realizat prin metoda consistenţei inter-item, aceasta validând un anumit aspect al fidelităţii generale. Acest lucru a permis aprecierea măsurii în care fiecare item component al unei subdimensiuni, măsoară acelaşi lucru, se referă la o singură dimensiune. Coeficienţii de fidelitate au fost calculaţi pentru fiecare subdimensiune în parte.

În cazul de faţă, s-a avut în vedere evaluarea validităţii de conţinut, pentru a determina măsura în care itemii formulaţi, au vizat conţinutul subdimensiunilor propuse şi au fost suficienţi pentru a surprinde toate aspectele semnificative ale acestora. Aceasta a fost verificată şi cu ajutorul unui grup de experţi, aceştia trebuind să decidă pentru fiecare aserţiune în parte, căreia dintre subdimensiunile descries succinct în materialul primit spre analiză îi aparţine.

Dimensiunea chestionarului este reprezentată de un concept teoretic bine definit în literatura de specialitate, astfel a fost posibilă verificarea *validităţii de construct*, dar acesta este un demers de lungă durată ce presupune o serie de investigaţii ulterioare. Dacă dimensiunea/ subdimensiunile evaluate în proba propusă sunt evaluate şi de alte instrumente şi modelări teoretice, în seamnă că înseamnă că instrumental elaborat este valid din punct de vedere al constructului/conceptului evaluat. (Constantin, T., 2004, pag. 104).

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 3. Coeficienţii de corelaţie pentru subdimeniunile Abuz de informaţie, Devianţa producţiei şi sabotaj, Absenteism şi Retragere, Relaţii Interpersonale Contraproductive

Correlations

			Abuz de informatie	Devianta productiei si sabotaj	Absenteism si retragere	Relatii interpersonale contraproductive
Spearman's rho	Abuz de informatii	Correlation coefficient	1,000	,789**	,848**	,862**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	131	131	131	131
	Devianta productiei si sabotaj	Correlation coefficient	,789**	1.000	,781**	,753**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	131	131	131	131
	Absenteism si retragere	Correlation coefficient	,848**	,781**	1,000	,855**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	131	131	131	131
	Relatii interpersonale contraproductive	Correlation coefficient	,862**	,753**	,855**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	131	131	131	131

Utilitatea chestionarului propus este dată de evaluarea validităţii de conţinut. Validitatea de conţinut poate evalua şi o validitate predictivă, astfel chestionarul fiind valoros în utilizare.

4. CONCLUZII

Organizaţiile, prin specificul lor, prezintă condiţii favorabile de apariţie a comportamentelor contraproductive. Acestea reprezintă acte intenţionate, iniţiate de angajaţi urmărind încălcarea normelor cu scopul de a dăuna atât organizaţiei cât şi membrilor acesteia. Diversitatea acestor comportamente variază de la implicaţii minore la unele foarte grave, mai ales datorită impactului pe care le pot avea asupra psihicului persoanelor care sunt ţinta lor.

Chestionarul propus este destinat evaluării percepţiei angajaţilor asupra comportamentului contraproductiv de la locul de muncă, respectiv validarea lui pe un segment al organizaţiei şi anume sectorul vechi de producţie. Inexistanţa unui instrument standardizat de evaluare a acestui tip de comportament în organizaţia avută în vedere pentru desfăşurarea studiului şi informaţiile deţinute despre condiţiile de lucru şi nemulţumirile angajaţilor sectorului "Afaceri Tradiţionale", au constituit scopul cercetării.

Urmând schema procesului de construcţie, validare şi utilizare a unui instrument psihologic prezentată pe larg în literatura de specialitate (în special Constantin, T., 2004), am obţinut un chestionar ce se doreşte a veni în sprijinul managementului organizaţiei. Astfel, prin intermediul percepţiei angajaţilor va putea identifica unele tipuri de comportament contraproductiv manifestate în interiorul sectorului organizaţiei, precum şi tendinţe ale acestuia, punct de la care poate determina mai departe cauzele producerii lui şi nu în ultimul rând, punerea la punct a unei strategii de intervenţie prin măsuri, reguli şi proceduri de prevenire, stopare şi pedepsire a actelor contraproductive.

5. IMPLICAŢII TEORETICE ŞI PRACTICE

Cercetarea prezentată îşi demonstrează utilitatea prin elaborarea unui instrument psihologic standardizat, util managementului organizaţiei pentru care a fost creat. Această cercetare poate oferi o perspectivă asupra ceea ce se întâmplă în interiorul unei organizaţii, dar o importanţă deosebită poate fi acordată şi impactului observării comportamentului deviant asupra propriului comportament al angajaţilor. Afectează relaţiile de muncă şi productivitatea organizaţională?

Modul în care percepţia angajaţilor asupra comportamentului contraproductiv influenţează satisfacţia muncii în interiorul organizaţiei, sau starea lor de bine poate deschide noi oportunităţi de cercetare.

6. LIMITE ALE CERCETĂRII

Pentru obţinerea unui chestionar de evaluare bine calibrat, se poate avea în vedere realizarea altor studii pentru verificarea tuturor metodelor de realizare/ îndeplinire/ verificare a fidelităţii şi validităţii.

Metoda *test-retest* permite aprecierea stabilităţii chestionarului constând în aplicarea lui după un anumit interval de timp şi calcularea coeficientului de constanţă/a gradului de corelaţie între scorurile obţinute de participanţi la cele două evaluări.

Trebuie menţionat faptul că validitatea unui instrument de evaluare constituie un process continuu. Acest studiu se află într-o fază incipientă, alte aspecte ale validităţii urmând a fi evaluate într-o etapă următoare.

Teama pierderii locului de muncă pare a fi iminentă în sectorul pentru care s-a construit şi validat instrumentul, din acest motiv unele răspunsuri ar fi putut conduce la modificarea rezultatului final. Legat de acest aspect, s-a insistat asupra asigurării anonimatului şi confidenţialităţii datelor.

Acest chestionar nu include toate tipurile posibile de comportament contraproductiv ce pot fi manifestate la locul de muncă. În acest sens, studii viitoare pot aduce contribuţii prin surprinderea altor aspecte legate de devianţa organizaţională, iar reaplicarea chestionarului se poate face pentru obţinerea unei forme valoroase ce respectă toate criteriile de validare ştiinţifică.

7. BIBLIOGRAFIE

Ajzen, I., (1991). *The theory of planned behavior,* Organizational behavior and human decision processes, University of Massachusetts at Amherst

Bennett, R.J., Robinson, S.L. (2000). *Development of a measure of workplace deviance*, Journal of Applied Psychology, 85 (3), 349-360.

Constantin, T., (2004). *Evaluarea psihologică a personalului*, Editura Polirom, Iaşi.

Dalal, R.S., (2005). *A Meta analysis of the relathionship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior,* Journal of Applied Psychology, vol 90, no 6

Douglas, S. C., Martinko M.J. (2001). *Exploring the role of individual differences in the prediction of workplace aggression.* Journal of Applied Psychology

Fox, S., Spector, E.P., Miles, D. (2001). *Counterproductive Work Behavior (CWB) in Response to Job Stressors and Organizational Justice: Some Mediator and Moderator Tests for Autonomy and Emotions,* Journal of Vocational Behavior 59 291-309

JOHNS, G., (1998) *Comportament organizaţional,* Editura Economică, Bucureşti

Gruys, L.M., Sackett, P.R., (2003). *Investigating the dimensionality of Counterproductive Work Behavior,* International Journal of Selection and Assessment, Volume 11, Number 1

Labăr, A.D., (2008). *Spss pentru ştiinţele educaţiei. Metodologia analizei datelor în cercetarea psihologică,* Editura Polirom, Bucureşti

Lee, K., Allen, J.N., (2002). *Organizational citizenship behavior and workplace deviance: The role of affect and cognitions,* Journal of Applied Psychology, vol 87

Mitrofan, L. (2009). *Cursul Introducere în psihologia socială,* Editura Credis, Bucureşti

Mount, M., Ilies, R., Johnson, E. (2006) *Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors. The mediating effects of job satisfaction,* Personnel Psychology

Popa, M. (2008). *Statistică pentru psihologie. Teorie şi aplicaţii SPSS*, Editura Polirom, Iaşi.

Sackett, P.R. (2002). *The Structure of Counterproductive Work Behaviors: Dimensionality and Relationships with Facets of Job Performance,* International Journal of Selection and Assessment, Volume 10, Number1/2

Spector, E.P., Penny, L.M. Şi Colab (2005). *The dimensionality of counterproductivity: Are all counterproductive behaviors created equal?,* Journal of Vocational Behavior

Sulea, C. *Comportamentul contraproductiv în organizaţii,* Occupational Health Psychology, Ohp Edu, www. ohpedu.ro

Sulea, C. (2004). *Latura întunecată a organizaţiilor. Comportamentul contraproductiv la locul de muncă,* Psihologia resurselor umane, Universitatea Babeş-Bolyai, Cluj-Napoca

Sulea, C., Pitariu, H., Maricuţoiu, L. (2009). *Construction and validation of the Scale for the Evaluation of the Perception of Counterproductive Behaviors in Organizations (EPCBO),* Psihologia Resurselor Umane, Universitatea Babeş Bolyay, Cluj-Napoca

ANEXE.

Anexa 1. Chestionar "Percepţia Comportamentului contraproductiv" (Cotare)

Subdimensiunile chestionarului:

I. Abuz de informaţie: folosirea necorespunzătoare a informaţiei.

II. Devianţa producţiei şi sabotaj: neîndeplinirea sarcinilor la standardele de conduită operatorie şi calitate; sabotarea bunurilor din dotare.

III. Absenteism şi retragere: restrângerea valorii timpului ce trebuie respectat conform programului de lucru şi pe cel al sarcinilor ce trebuie realizate în acest interval orar.

IV. Relaţii interpersonale contraproductive: manifestarea de comportamente îndreptate împotriva colegilor de muncă.

Scorare: Pentru fiecare subdimensiune în parte, punctajul total rezultă prin adunarea punctelor obţinute pentru fiecare dintre itemii subdimensiunii şi împărţirea la numărul lor.

I. Abuz de informaţii: 1, 5, 9, 17, 20, 26, 28.

II. Devianţa producţiei şi sabotaj: 2, 6, 10, 13, 18, 23, 30.

III. Absenteism şi retragere: 3, 7, 11, 12, 14, 21, 24

IV. Relaţii interpersonale contraproductive: 4, 8, 15, 16, 19, 22, 25, 27, 29, 31.

Criterii de validare

Chestionarul a fost aplicat pe un lot de 131 de participanţi ai sectorului vizat pentru validarea instrumentului.

S-au obţinut următorii coeficienţi de consistenţă internă Alpha Cronbach:

1. Abuz de informaţie = 0,861
2. Devianţa producţiei şi sabotaj = 0,899
3. Absenteism şi retragere = 0,882
4. Relaţii interpersonale contraproductive = 0.912

Coeficientul Alpha Cronbach pe întreg chestionarul =0,958

Anexa 2. Valori ale etalonului general

Factorul	*Intensitatea cu care se manifestă factorul*										
	Foarte slab			*Slab*		*Mediu*		*Intens*		*F. intens*	
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Abuz de informaţie	0	1,5	2,1	2,4	2,6	2,7	3,0	3,3	3,6	4.0	5
Devianta producţiei şi sabotaj	0	1,3	1,9	2,0	2,1	2,3	2,5	2,9	3,3	3,7	5
Absenteism şi retragere	0	1,6	2,6	2,7	2,7	3,0	3,1	3,4	3,7	4.1	5
Relaţii interpersonale contraproductive	0	1,4	2,3	2,5	2,6	2,8	3,0	3,3	3,7	3,9	5

Anexa 3. Chestionar "Percepţia comportamentului contraproductiv"

În propoziţiile de mai jos sunt indicate o serie de comportamente ce pot apărea în orice organizaţie. Vă rugăm să indicaţi cu "X" în dreptul fiecărei afirmaţii cifra corespunzătoare frecvenţei cu care consideraţi că respectivul comportament se manifestă la locul dvs. de muncă.

La locul în care vă desfăşuraţi activitatea, unele persoane...

	Nu se întâmplă niciodată 1	Se întâmplă foarte rar 2	Se întâmplă uneori 3	Se întâmplă deseori 4	Se întâmplă întotdeauna 5
1. Raportează eronat stadiul rezolvării unor sarcini.					
2. Neglijează respectarea etapelor procesului de lucru.					
3. Se învoiesc în mod repetat şi nejustificat de la locul de muncă.					
4. Folosesc un limbaj lipsit de respect faţă de colegii lor. glume deplasate. obscenităţi. expresii vulgare.					
5. Deformează adevărul pentru a-şi acoperi greşelile.					
6. Folosesc cu neglijenţă aparatele din dotare. utilajele, sculele şi alte dispozitive.					
7. Iau pauze mai lungi sau mai dese decât acelea prevăzute în regulament.					
8. Desconsideră contribuţiile colegilor şi ii insultă.					
9. Transmit informaţii eronate cu scopul de a influenţa lucrurile în favoarea lor.					
10. Deteriorează echipamentele şi alte dotări pe care le au la dispoziţie.					
11. Se retrag în faţa problemelor apărute în cadrul colectivului.					
12 Amână anumite sarcini urmărind îndeplinirea acestora de către alţi colegi.					
13. Îngreunează producţia lucrând în ritm propriu atunci când trebuie respectate anumite termene sau efectuate lucrări standardizate.					
14. Întrerup munca şi părăsesc locul de muncă înainte de terminarea programului.					
15. Fac comentarii defavorabile în privinţa etniei. religiei, valorilor şi altor credinţe personale ale celorlalţi colegi.					
16. Atribuie propriile greşeli şi nerealizări de la locul de muncă celorlalţi, făcându-i răspunzători pentru ele.					
17. Ascund sau blochează date esenţiale ce trebuie să fie cunoscute de către întreg colectivul.					

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

18. Ignoră instrucțiunile, prevederile, dispozițiile. procedând după bunul plac.					
19. Ironizează devotamentul celorlalți colegi față de munca depusă.					
20. Falsifică semnături sau completează date eronate în documentele oficiale de serviciu.					
21. Se prezintă cu întârziere la locul de muncă sub pretextul anumitor scuze.					
22. Produc stricăciuni obiectelor personale ale celorlalți colegi de muncă.					
23.Defectează unele aparate și dispozitive atunci când timpul devine presant pentru producție.					
24. Absentează de la locul de muncă în baza unor afecțiuni medicale inexistente sau a unor motive nejustificate.					
25. Inferiorizează unii colegi folosindu-se de glume proaste.					
26. Dezinformează șeful direct în legătură cu colegii de muncă și activitățile desfășurate în atelier.					
27. Fac comentarii neavenite pe seama vieții personale a colegilor.					
28. Împiedică raportarea către superior în legătură cu avariile apărute la unele instrumente de lucru.					
29. Folosesc termeni cu conotație sexuală la adresa altor colegi.					
30. Suprasolicită sau folosesc în scopuri inadecvate instrumentele de lucru.					
31. Folosesc amenințarea la adresa colegilor urmărind atingerea unor scopuri personale.					

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a IV-a:
PSIHOLOGIE EXPERIMENTALĂ ŞI METODOLOGIE
DEZVOLTAREA UNOR NOI METODE DE CERCETARE ŞI INTERVENŢIE

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CERCETAREA CANTITATIVĂ ŞI CALITATIVĂ ÎN PSIHOLOGIE, CONSILIERE ŞI PSIHOTERAPIE

LOREDANA DROBOT
Universitatea "Eftimie Murgu" din Reşiţa, loredana_drobot@yahoo.com

ABSTRACT: Quantitative research has dominated psychology since it has got its status as a branch of science, but the study of human nature requires also a naturalist, contextual understanding, known as qualitative research. The domains of qualitative research in which knowledge can be attained are: the knowledge of others, the knowledge of phenomena and reflexive knowledge. The purpose of the paper is to present the factors that differentiated the qualitative research from the quantitative research in psychology. The method utilised was the analysis of a number of articles from journals specialized in counselling and psychotherapy. The directions in which the analysis was undertaken are: the philosophical foundation of research, design of research, validity, method of research, analysis and data interpretation.
Key words: research, metodologie, sampling, qualitative, quantitative, reflexivity.

1. INTRODUCERE

Cercetarea în psihologie a fost fundamentată pe tehnici experimentale şi corelaţionale pentru testarea teoriei. Psihologia similar altor discipline a fost dominată de paradigma pozitivistă şi post-pozitivistă. În studierea fiinţelor umane, psihologii au urmat unele metode comune de cercetare.

Metodele cantitative şi calitative de cercetare diferă în modalitatea de colectare şi de interpretare a datelor. Cercetarea cantitativă solicită o reducţie a fenomenelor la valori cantitative pentru a descrie prin analiza statistică. La polul opus, cercetarea cantitativă implică colectarea datelor în forme non-numerice, ca texte, înregistrări video, imagini etc. Totuşi, abordarea cantitativă şi calitativă diferă în privinţa: obiectivelor investigării ştiinţifice ; prin sublinierea paradigmelor de la baza lor şi a asumpţiilor meta-teoretice utilizate. Psihologia a fost dominată de cercetarea cantitativă încă de la dobândirea statutului de ştiinţă, din secolul 19, iar din 1960, numeroşi psihologi au început să critice cercetarea cantitativă a naturii umane. S-a propus o înţelegere naturalistă, contextuală a fiinţei umane care a devenit cunoscută sub denumirea de cercetare calitativă.

2. ASPECTE TEORETICE

Cercetarea calitativă a fost influenţată de cercetarea din ştiinţele sociale, a furnizat în timp un set flexibil de metode şi a permis relatări nuanţate ale participanţilor la cercetare. Domeniul cercetării calitative în consiliere şi psihoterapie a fost relativ târziu adăugat la mişcarea cercetării calitative. astfel că în psihoterapie cercetarea a fost deschisă începând cu anul 1950 datorită presiunilor determinate de evaluarea diferitelor forme de psihoterapie. La început, cercetarea în psihoterapie a fost dominată de standardizarea testelor, designul experimental şi de categoriile de diagnostic. Psihoterapia relaţională a cunoscut dificultăţi în utilizarea unor metode percepute caracterizate cu rigurozitate redusă. Actualmente, pentru cercetător este esenţial să aibă o idee clară despre ce doreşte să descopere şi să realizeze prin studiile calitative. Scopul cercetării calitative este de a dezvolta cunoaşterea, de a descoperi eficienţa consilierii şi psihoterapiei şi de a înţelege modul în care este construită lumea. Realitatea socială este multiplă şi construită prin comunicare, acţiuni, semnificaţii, memorie, ritualuri şi instituţii. Diferitele metodologii utilizate în cercetarea calitativă se aplică în variatele faţete ale lumii construite. De exemplu, teoria fenomenologică se bazează pe semnificaţiile elaborate de persoane prin propriile realităţi; etnografia este preocupată de modul în care lumea se construieşte prin ritualuri şi practici sociale etc. Totuşi, se remarcă un paradox: majoritatea oamenilor pot oferi o explicaţie la ce se întâmplă şi atunci de ce mai este nevoie de cercetarea calitativă? Cunoaşterea lumii moderne este una prea puţin coerentă şi prea puţin consistentă. Oamenii trăiau în trecut după anumite reguli, dar care azi au dispărut, se pare, în mare parte; elementele de bun simţ au fost uitate sau chiar demodate. Persoanele care lucrează în serviciile umane trebuie să cunoască felul în care lumea se construieşte prin sensul comun. Cercetarea calitativă este o cercetare riguroasă a acestui aspect al lumii sociale, formulează declaraţii sau cadre conceptuale noi pentru a înţelege lumea.

Domeniile cercetării calitative în care se poate realiza cunoaşterea sunt (McLeod J, 2009): cunoaşterea celuilalt, cunoaşterea fenomenelor şi cunoaşterea reflexivă. Le vom prezenta pe fiecare în parte.

Cunoaşterea celuilalt este generată de cercetarea aplicată unei categorii de persoane cum ar fi clienţii unui psihoterapeut, clienţii dintr-un spital, membrii unui grup etc. Prin cunoaşterea celuilalt se încearcă să se analizeze, interpreteze experienţele şi limbajul acelor categorii de persoane. Cunoaşterea generată este utilă practicienilor, deoarece ei au tendinţa de a utiliza stereotipuri, fiind prea ocupaţi să analizeze în profunzime dorinţele, experienţele clienţilor. Pe lângă obstacolul menţionat, mai pot exista şi alte obstacole, cum ar fi: sexul, rasa, etnicitatea clientului sau a terapeutului.

Cunoaşterea fenomenelor se aplică unor categorii de evenimente ale unui grup din domeniul consilierii şi psihoterapiei.

Cunoaşterea reflexivă este destul de rar întâlnită în cercetarea calitativă şi se realizează atunci când cercetătorul îşi îndreaptă atenţia intenţionat asupra unui proces de construire a lumii pentru a spune ceva nou din

punct de vedere personal sau profesional. Cercetarea reflexivă accentuează importanţa limbajului prin analizarea unor termeni profesionali, cum ar fi schizofrenia sau alte categorii psihiatrice.

Toate formele de cunoaştere menţionate sunt temporare, deoarece nu se poate şti niciodată cum este construită lumea şi nici nu se poate ajunge la o înţelegere ştiinţifică totală, complexă. Posibilitatea cea mai bună este de a clarifica temporar anumite lucruri care pot fi înţelese şi care, după un anumit timp, oricum devin comune şi vor fi asimilate în gândirea comună. Chiar dacă cercetarea calitativă este o cercetare umanistă nu-şi asumă o realitate cauză-efect a legilor ştiinţifice şi nu-şi asumă nici acţiunile fiecărei persoane, se bazează pe ideea că noi creăm lumea, individual sau colectiv, cu asumarea propriei noastre responsabilităţi.

Astăzi, cercetarea calitativă este accesibilă publicului şi se realizează cel mai adesea de către surse academice. De exemplu, studiile de cercetare al pieţei sunt folosite pentru a aduce informaţii în teoria şi în practica din mediul social, mediul de sănătate, cu asumarea riscului că legătura dintre teorie şi practică este încă nesigură.

Psihologii consilieri au fost printre primii care au explicat importanţa diversităţii metodologice, în particular a metodelor de cercetare calitativă, pentru a explora în adâncime experienţa umană. Metodele de cercetare calitativă continuă să crească în credibilitate şi sunt adecvate pentru consiliere.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul lucrării este de a prezenta factorii ce delimitează cercetarea calitativă de cercetarea cantitativă în psihologie.

Metoda utilizată a fost analiza unor articole de specialitate din jurnalele din domeniul consilierii şi psihoterapiei.

Direcţiile după care s-a realizat analiza sunt: fundamentele filosofice ale cercetării, designul cercetării, validitatea, metodele de cercetare, analiza şi interpretarea datelor.

Dezbaterea dintre cantitativ şi calitativ este susţinută de câţiva factori care sunt în principal subliniaţi de asumpţiile filosofice şi metodologice şi de metodele de cercetare. Unii autori accentuează incompatibilitatea dintre abordarea cantitativă şi calitativă, argumentul de bază fiind paradigmele meta-teoretice atât de diferite şi care pot distruge fundamentele filosofice ale celor două abordări (Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008, p.267-278).

Investigaţia ştiinţifică poate să fie caracterizată de un set de asumpţii filosofice şi meta-teoretice ale naturii realităţii (ontologia); cunoaşterea (epistemologia); principiile care guvernează investigaţia ştiinţifică (metodologia) şi problemele generate de tehnicile folosite pentru implementarea studiului (metodele de cercetare).

Fundamentele filosofice – toţi cercetătorii au nevoie de o fundamentare filosofică, de paradigme ştiinţifice. Aceste puncte de vedere asupra lumii implică cum vedem lumea ca cercetători şi atunci cum gândim despre cercetare şi cum o vom desfăşura. Paradigmele ştiinţifice conţin un set de credinţe de bază care ghidează cercetarea (Guba şi Lincon 2005). Cu privire la abordările cantitative şi calitative de cercetare au fost identificate trei puncte de vedere: obiectivismul (realitatea există independent de conştiinţă); subiectivismul(experienţa subiectivă este fundamentală oricărui proces de cunoaştere) şi constructivismul (cunoaşterea este o construcţie rezultată din interacţiunea dintre indivizi şi lumea lor socială). Diferenţa dintre modalităţile de a privi lumea şi paradigmele care ghidează cercetarea calitativă şi cantitativă sunt reflectate în diferitele concepţii despre natura realităţii (ontologia) şi cunoaştere (epistemologia). Paradigma cantitativă vede realitatea ca singulară şi tangibilă, unde cunoscătorul şi cunoscutul sunt consideraţi ca separaţi relativ şi independenţi. Paradigma calitativă vede realitatea ca multiplă, psihologică iar între cunoscător şi cunoscut sunt interacţiuni, legături permanente.

Abordarea calitativă, apărută ca alternativă la dominarea cercetării sociale şi psihologice, a mers înapoi la tradiţia filosofică a fenomenologiei, hermeneuticii şi a simbolismului interacţionist.

Metodologia se referă la principiile care guvernează activitatea de cercetare şi reprezintă un set de reguli, principii, condiţii formale necesare pentru creşterea cunoaşterii noastre asupra fenomenelor studiate. Mai specific, metodologia ce fel de relaţie există între observarea, ipotezele, teoria cercetătorului şi metodele de cercetare. Abordarea cantitativă adoptă o metodologie nomotetică, iar abordarea calitativă o metodologie idiografică.Atributele abordării cantitative sunt: nomotetică, extensivă, generalizatoare, predictivă, deductivă, testează ipoteze, verifică, experimentală, qvasi-experimentală, corelaţională, corelaţional-comparativă, validitate internă, concluzii validate statistic, validitate de construct, validitate cauzală, validitate externă. Atributele abordării calitative sunt: idiografică, intensivă, individualizantă, comprehensivă, interpretare, contextualizare, inducţie, generarea ipotezelor, descoperirea orientată, studiul de caz narativ, analiza discursului, analiza conversaţională, focus-grup, teoria de bază, etnografia, validitate internă, validitate descriptivă, validitate interpretativă, validitate explanatorie, generalizibilitate, transferabilitate.

Designul cercetării este un plan de acţiune sau de structură care leagă fundamentele filosofice şi asumpţiile metodologice ale cercetării pentru ca cercetarea să devină credibilă şi legitimă. În cercetarea cantitativă designul cercetării include experimentul (manipularea directă a variabilei independente şi un control riguros al variabilelor externe) şi designul non-experimental (include designul: corelaţional, comparativ corelaţional, comparativ-corelaţioanl- causal şi ex-post-facto).

În cercetarea calitativă se utilizează designul naturalistic (Denzin and Lincoln 2005; Silverman 2004), în care fenomenul supus studiului este investigat în context natural deci o mică structurare a contextului în care se observă. Contextul natural este considerat esenţial pentru înţelegerea în adâncime a fenomenului supus investigaţiei. Designul natural include următoarele designuri:

- studiul de caz, care implică o examinare longitudinală în adâncime a unei singure instanţe sau a unui singur eveniment;
- discursul sau conversaţia analitică centrată pe limbă ca mediu de interacţiune;
- focus- grup care analizează emergenţa problemelor şi a temelor de la grupul de discuţie focusat pe o topică specifică;
- teoria de bază unde câmpul de date generează teoria;
- etnografia care permite o analiză în adâncime şi o interpretare a credinţelor, patternurilor, expectanţelor, comportamentelor.

Validitatea se referă la nivelul de măsurabilitate şi legitimitate când se adună datele, se analizează şi se interpretează (Onwuegbuzie and Teddlie 2003, apud Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008) şi delimităm atât în cadrul cercetării cantitative cât şi calitative, validitatea internă şi generabilitatea (Maxwell and Loomis, 2003), care sunt însă conceptualizate diferit în cele două abordări menţionate. Astfel, în cercetarea cantitativă, Cook and Campbell (1979) identifică pentru validitatea internă:

a. concluzii validate statistic, validitatea care derivă de la un eşantion simplu;
b. validitatea de construct, validitatea implicată de constructele teoretice;
c. validitate cauzală, validitatea cauzei-efect a relaţiei dintre variabilele observate.

Validitatea externă în cercetarea cantitativă este definită ca o extindere generalizată a rezultatelor studiului pentru restul populaţiei.

În cercetarea calitativă (Maxwell,1992, apud Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008) identifică patru categorii de validitate:

d. validitate decriptivă, validitatea descrierii stărilor şi a evenimentelor;
e. validitate interpretativă, validitatea stărilor aduse şi manifestate de participanţi;
f. validitate explanatorie, validitatea proceselor cauzale şi relaţionale, incluzând validitate de construct precum şi validitatea cauzală;
- generalizibilitate, extinderea pe care cercetătorul o poate face la populaţia generală de la un caz particular, în alt timp, context.

Metodele de cercetare sunt implementate diferit de designurile adoptate şi se referă la procedurile şi tehnicile adoptate în colectarea, interpretarea şi analiza datelor.

Eşantionarea . Cercetarea cantitativă are în vedere eşantioane reprezentative de participanţi, astfel incât rezultatele se pot generaliza la majoritatea populaţiei. Cercetătorii cantitativi recurg atât la probabilistic (fiecare membru al populaţiei are aceeaşi probabilitate de a fi inclus în eşantion) şi ipotetic (Omar Gelo, Diana Braakmann, Gerhard Benetka, 2008, p. 274-275). Dintre cele mai adoptate strategii de eşantionare sunt:

g. eşantionare simplă randomizată, fiecare membru din populaţie are şanse egale de a fi inclus în eşantion;
h. eşantionare sistemic randomizată, care implică selectarea fiecăruia individ din targhetul populaţiei pornind de la o listă randomizată ;
i. eşantionare stratificată randomizată , care se obţine din separarea populaţiei în grupe astfel încât fiecare element aparţine la un singur grup şi de aici se selectează un eşantion randomizat;
j. eşantion claster;
k. eşantionul comod, este o eşantionare des folosită în cercetarea cantitativă în care se accentuează elementele selectate de la o subpopulaţie în acord cu interesul cercetătorului.

Cercetarea calitativă utilizează aproape exclusiv strategii simple de eşantionare:

l. eşantionul comod;
m. cazurile omogene de eşantionare, se selectează elemente de la un subgrup şi se studiează în adâncime;
n. eşantionul snowball, se utilizează informaţii necesare pentru identificarea acelor cazuri care se pot include în studiu;
o. cazul extrem deviant, se caută cele mai tipice cazuri sau cazuri de mijoc din populaţie.

Colectarea datelor . Datele se pot colecta direct de la subiecţii care constituie eşantionul (date primare) sau indirect de la documentele oficiale, precum datele din arhive (date secundare).

În cercetarea cantitativă, datele relevante sunt cele colectate prin utilizarea testelor şi mai înainte de aplicarea acestora, se formulează ipotezele. Ca metode pentru colectarea datelor în cercetarea cantitativă se utilizează:

p. testele sau chestionarele standardizate, care evaluează performanţele, atitudinile, personalitatea, self-perceptiion,;
q. interviurile structurate, intervievatorul citeşte şi predefineşte întrebările iar intervievatul răspunde, relatează despre fenomenul investigat, răspunsurile sale fiind înregistrate;
r. closed-ended observational protocols, se clasifică comportamentele prin utilizarea unor categorii predefinite;
s. documentele oficiale reprezentate de înregistrările financiare, recensământ etc.

În cercetarea calitativă datele sunt colectate pentru a permite o analiză în adâncime a înţelegerii perspectivei participanţilor, procedurile de colectare a datelor sunt mult mai puţin standardizate decât în cercetarea cantitativă. Pentru colectarea datelor în cercetarea calitativă se utilizează:

t. interviurile închis-deschise, se investighează perspectiva subiecţilor referitoare la un set de topici predefinite. Aici se include abordarea interviului ghidat interviw guide approach şi standardized open-ended interview, care corespund la interviul semi-srtucturat;
u. focus groups, se constituie grupuri de discuţii focusate pe probleme specifice;
v. protocoale de observare naturaliste, care permit observarea unor evenimente specifice;
w. analiza documentelor personale (înregistrări video. fotografii);

Analiza datelor se adresează ipotezelor cercetării şi întrebărilor cercetării.

În cercetarea cantitativă, cercetătorul analizează datele pentru a testa ipotezele. Obiectivul este să se găsească dacă relaţia dintre variabilele observate în unul sau mai multe grupuri sunt semnificative sau nu, dacă se pot

generaliza la restul populaţiei sau nu. Alegerea unui test statistic pentru testarea ipotezelor este bazat pe tipul întrebărilor adresate (se compară grupele, se relatează variabilele), pe felul scalelor, a testelor utilizate pentru măsurarea variabilelor (nominale, ordinale, interval) şi pe distribuţia populaţiei (normal, gausseană sau non-distribuţie normală). La final, rezultatele analizei sunt prezentate şi sumarizate statistic, se utilizează tabele.

În cercetarea calitativă se descriu anterior modalităţile de colectare a datelor, şi ulterior se analizează transcripţiile, memosurile, notele adunate din câmp etc. Cercetătorul mai întâi divide textul şi îl analizează pe bucăţi, pe propoziţii, fraze, pasaje , urmează etichetarea şi utilizarea termenilor exacţi utilizaţi de participanţi. În acord cu similarităţile observate şi cu diferenţele dintre etichetările unităţilor de text, grupele de cercetători etichetează împreună temele sau conţinuturile categoriilor. Temele emergente sunt atunci re-etichetate, prin utilizarea unui limbaj apropiat de limbajul cercetării şi de teoria de referinţă. În final temele sunt interrelaţionate unele cu altele şi abstractizate în interiorul unui nou set de teme care se vor reeticheta. Procedura permite atingerea unui nivel înalt de abstractizare în descrierea temelor şi identificarea constituenţilor din datele culese şi analizate. Atunci se vor prezenta datele, se generează discuţii la prezentarea datelor pentru a genera noi perspective. Se utilizează hărţi, tabele pentru prezentarea rezultatelor.

Interpretarea datelor se referă la configurarea rezultatelor obţinute.

În cercetarea cantitativă, interpretarea datelor presupune a da sens rezultatelor cu referire la ipotezele teoriei adoptate prin inferenţe deductive.

În cercetarea calitativă interpretarea datelor se realizează prin procedee inductive de a crea explicaţii consistente, cu sens, recadrări conceptuale, observaţii sistematice ale fenomenelor. Se obţin astfel rezultate cu referire la contextul particular şi specific al studiului. Procesul de contextualizare este necesar să se adreseze problemei validităţii interne (descriptivă, interpretativă, explanatorie).

De asemenea, este important să delimităm între abordarea cercetării cunoaşterii în context şi modelul scientist – practitioner, frecvent citat în consiliere şi psihoterapie (John McLeod,1999).Perspectiva cunoaşterii în context incorporează un punct de vedere mai larg al cercetării, cu centrarea pe diferite abordări ale cercetării şi solicită nu doar consideraţiile din punct de vedere social şi organizaţional în cercetare dar şi responsabilitatea şi reflectivitatea cercetătorului.

Noţiunea de scientist-practitioner a apărut în 1950 în SUA în urma unor discuţii care au condus la apariţia profesiunii de psiholog clinician. Conferinţele care s-au organizat au adus în prim plan discuţiile dintre psihologii clinicieni şi academicieni. Conceptul de scientist-practitioner este agreat de abordarea cognitiv-comportamentală.

4. REZULTATE

Cercetarea calitativă şi cantitativă pentru practicieni constituie încă o provocare, fiind percepută cu o anume reticienţă. Trainingurile de formare în consiliere şi psihoterapie chiar dacă prevăd modele pentru cercetare nu reuşesc să stimuleze practicienii pentru a avea iniţiativa realizării unor designuri experimentale de cercetare.

Poate încă predomină presiunea cercetării cantitative. Propunerea este de a prezenta în cadrul formării modele de intervenţie calitative la cursanţi şi de a-i stimula ulterior să demareze singuri cercetări.

5. BIBLIOGRAFIE

Cook, T. D., Campbell, D. T. (1979) Quasi experimentation: Designs and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Miffli.

Denzin, N. K., Lincoln, S. L. (Eds.). (2005) The Sage handbook of qualitative research (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.

Gelo O., Braakmann D, Benetka G, (2008) Quantitative and Qualitative Research: Beyond the Debate, *Integration Psychology Behavioral* 42:266–290.

Maxwell, J. A., Loomis, D. M. (2003). Mixed methods design: An alternative approach. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Thousand Oaks, CA: Sage

McLeod, J. (1999a) Practitioner Research in Counselling. London: Sage.

McLeod, J. (1999b) Counselling as a social process, *Counselling*, 10: 217-22

Onwuegbuzie, A. J., & Teddlie, C. (2003). A framework for analyzing data in mixed methods research. In A. Tashakkori, & C. Teddlie (Eds.), Handbook of mixed methods in social and behavioral research (pp. 351–383). Thousand Oaks, CA: Sage.

Silverman, D. (2004) *Qualitative research: Theory, method and practice* (2nd ed.). London: Sage.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ABORDARE ISTORICĂ A CERCETĂRII CALITATIVE ÎN CONSILIERE ŞI PSIHOTERAPIE

LOREDANA DROBOT
Universitatea "Eftimie Murgu" din Reşiţa, loredana_drobot@yahoo.com

ABSTRACT: Qualitative research has drawn the interest of researchers and has developed through the publication of articles, journals ad books. Denzim and Lincoln (2005) have synthesized the periods of development of qualitative research and the qualitative research I counselling and psychotherapy has been expanding since 1940.
The purpose of the paper is the documentation of the validity of research offered by some papers and works of interest in qualitative research. The method used was the analysis of a number of articles of reference from international journals specialized in counselling and psychotherapy. The analysis was centred upon: the criteria that guides qualitative research; the obstacles met by the counsellor, therapist in the pursuit of the research and the presentation of the types of validities in qualitative research.
Key words: qualitative research, quantitative, research model scientist-practitioner.

1. INTRODUCERE

Cercetarea calitativă şi-a stabilit istoria în variate câmpuri din social, cum ar fii antropologia, istoria, educaţia, sociologia şi psihologia. Încă şi acum potenţialul pentru interdisciplinaritate al cercetării calitative nu a fost dezvoltat în totalitate.
Cercetarea calitativă descrie şi clarifică experienţa umană care apare în vieţile oamenilor (Polkinghorne, 2005, p.137). Astfel este un efort de a înţelege, aprecia, descrie şi portretiza procesele prin care oamenii se referă la comportamentele lor.
În cercetarea calitativă nu se observă pasiv, dimpotrivă se utilizează o explorare activă (Heppner, Kivlighan, & Wampold, 1999). Sursele cercetării calitative include interviurile, focus-grup, observaţiile, documentele artefactele de la multiple alte abordări (Morrow, & Smith, 1995; Polkinghorne, 2005; Swagler & Ellis, 2003).

2. ASPECTE TEORETICE

Studiile de cercetare calitativă au proliferat în apariţiile jurnalelor de specialitate din consiliere şi psihoterapie, mai ales din anii 1990 şi prima parte a secolului 21. De asemenea un rol major au avut şi capitolele de cărţi din ultimul timp .
Analiza calitativă cunoaşte mai multe forme de realizare, forme care vor fi prezentate. Diversitatea formelor sale se explică prin faptul că doar o singură ştiinţă nu poate explica realitatea. Denzim şi Lincoln (2005) au sintetizat cele mai importante perioade din cercetarea calitativă:
a. Perioada tradiţională - începe din anul 1900 şi se continuă până în anul 1940, iar studiile cele mai multe sunt antropologice asupra triburilor. Cercetătorii credeau că ajung la adevăr prin aplicarea unor chestionare subiecţilor.
b. Faza modernistă - începe din anul 1940 şi se continuă până în anul 1970, ea reflectă încercările cercetătorilor de a formaliza metodologia prin publicarea de texte referitoare la tehnici şi metodologie. Unul din scopurile publicării textelor era de a demonstra că cercetarea calitativă este tot atât de validă precum cercetarea cantitativă.
c. Momentul genurilor mixate. Până în anul 1986 cercetarea se baza pe diferite paradigme, metode, strategii şi tehnici. De exemplu, Geertz a produs o serie de discursuri interpretative care au amestecat ştiinţele umaniste cu ştiinţele sociale.
d. Criza reprezentării - a apărut pe la mijlocul anilor 1980 şi este consecinţa etapei anterioare, care a determinat un nihilism metodologic. Cercetătorii nu puteau să abordeze un domeniu aparte, nu puteau valida descoperirile şi nici nota numărul textelor produse. Ca rezultate s-au obţinut noi forme de reprezentări ca poeziile, imaginile, dialogurile şi drama.
e. Momentul al cincilea - se caracterizează printr-o activitate orientată spre acţiune, politică, pluralism. Autorii menţionaţi, Denzim şi Lincoln, pot fi consideraţi predecesorii acestui curent prin publicarea unui manual. Cadrul pe care l-au creat se poate aplica şi în consiliere, psihoterapie. De exemplu, etapa tradiţională în cercetarea calitativă în terapie se baza pe activitatea scriitorilor, a studiilor de caz. A doua etapă în dezvoltarea cercetării calitative este reprezentată tot în mediul terapeutic, dar cu formularea clară a obiectivelor, cum ar fi: analiza procesului comprehensiv a lui Robert Elliot, metoda fenomenologică etc. Cercetarea calitativă în terapie se pare că nu a depăşit încă faza modernistă din cauza dominaţiei medicale şi psihologice, a impactului descoperirilor din educaţie, protecţie socială, impact care a fost unul lent. În schimb, practica psihodinamică a cunoscut o dezvoltare prin publicarea studiilor de caz de către clinicieni. Amestecul genurilor şi criza reprezentării nu au afectat încă domeniul terapiei, dar se presupune că şi aceste etape vor apărea într-un viitor apropiat.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

Scopul lucrării este de realiza o incursiune de documentare referitoare la validitatea cercetării oferită de unele lucrări de referinţă din domeniul cercetării calitative.
Metoda utilizată a fost analiza unor articole de referinţă din jurnalele de consiliere şi psihoterapie internaţionale.

Direcţiile de analiză au fost centrate pe: validitatea cercetării calitative şi criteriile care ghidează cercetarea calitativă.

Dezvoltarea istorică în cercetarea calitativă din consiliere şi psihoterapie

Interesul terapeutului nu este unul accidental în privinţa cercetării calitative, fiind determinat de diferitele metode de explorare ale practicii, deoarece şi practica este în continuă schimbare. Chiar dacă psihoterapia există încă din 1890, principala sa expansiune a avut loc între anii 1940-1970, când s-au creat principalele asociaţii profesionale şi, concomitent, grupurile instituţionale au continuat să demonstreze legitimitatea activităţii profesionale. Pe parcurs, psihoterapia a fost divizată în diferite abordări. Orice tip de cercetare se consideră a fi o încercare de a crea o legătură între verificare şi descoperire; motivaţia cercetătorului se referă la dorinţa de a demonstra adevărul şi de a genera noi descoperiri sau adevăruri. Deşi atât verificarea, cât şi descoperirea sunt prezente, accentul se pune pe oricare din cele două în funcţie de scopul investiţiei. În domeniul terapiei sunt cel puţin trei motive pentru care cercetarea de verificare domină cercetarea orientată spre descoperire:

- cercetarea de verificare este o strategie eficientă de a stabili legitimitatea;
- disciplinele academice din cercetarea terapiei au fost dominate de testarea ipotezelor şi de cercetarea experimentală;
- majoritatea terapeuţilor au participat la traininguri care nu-i motivează pentru cercetare. Consilierii şi terapeuţii nu sunt învăţaţi să realizeze cercetare şi nici nu se aşteaptă ca cercetarea să-i ajute la ceva. Această realitate se întâlneşte, din păcate, şi la noi, în România.

Cultura actuală a stimulat lumea terapeuţilor spre cercetare, dar cele peste 1000 de studii controlate asupra eficacităţii terapiei nu au convins că terapia funcţionează. Rigiditatea divizării din cadrul terapeutic, între şcoli, şi alte abordări se dizolvă treptat şi se migrează spre o abordare integrativă.

Denzin şi Lincoln (1994) oferă o imagine de ansamblu asupra cercetării calitative din anii 1990 prin cartea „*Manualul cercetării calitative*". Numărul redus de publicaţii arată că sunt unele probleme asociate cu cercetarea din psihoterapie, obstacole care se pot clasifica în două categorii:

- probleme practice ale vieţii cotidiene, care-i împiedică pe terapeuţi să realizeze cercetarea calitativă;
- probleme de bază legate de determinarea semnificaţiei sociale şi instituţionale a cercetării calitative. Cercetarea calitativă a fost la noi în ţară apanajul sociologiei, prin metoda monografică. Institutele de sociologie, prin studiile publicate în perioada interbelică, au insistat pe metodele calitative, dar în psihoterapie şi consiliere au predominat traducerile sau lucrările redactate într-un limbaj strict de specialitate, deloc atrăgător pentru un practician.O enumerare succintă a principalelor dificultăţi care împiedică cercetarea calitativă ar fi:

- Colectarea datelor de la clienţi sau pacienţi. De exemplu, prin interviuri, se poate percepe de către client ca fiind metode intruzive, dificile şi puse sub semnul întrebării. din punct de vedere etic. Publicarea. raportarea unor poveşti spuse de client compromite confidenţialitatea. Personal, cer permisiunea clienţilor de a nota unele informaţii. O asemenea contractare o realizez de la prima şedinţă de terapie, anunţ şi cer permisiunea clientului nu doar pentru a nota, ci şi pentru a înregistra şedinţele. Unii clienţi sunt de acord, alţii sunt mai reticenţi şi atunci renunţ la înregistrarea şedinţei de terapie;
- terapeuţii care realizează cercetare, fie calitativă, fie cantitativă, au frecventat traininguri care au promovat statistica şi, din nefericire, mai puţin metodele calitative;
- redactarea unor texte necesită mult timp, criticii nu sunt obişnuiţi cu asemenea texte şi nu apreciază corect textele scrise. Lumea academică încă este încântată de studiile cantitative, încărcate de cifre, tabele, diagrame şi histograme. Azi există numeroase programe informatice de prelucrare a datelor atât calitative, cât şi cantitative;
- terapeutul care face cercetare calitativă trebuie să aibă o bază filosofică, antropologică, sociologică. O asemenea fundamentare filosofică necesită timp, răbdare, experienţă, dorinţă şi dăruire din partea cercetătorului;
- cercetarea terapeutică a fost dominată de succesul terapeutic, iar metodele calitative par să nu se potrivească acestui rezultat. Prin cercetarea calitativă un specialist află şi cum nu trebuie procedat, pentru a evita erorile, nepermise, din munca sa. De asemenea, trebuie curaj din partea terapeutului să scrie despre asemenea procese, fără teama de a fi criticat de comunitatea ştiinţifică. Un terapeut care îşi recunoaşte greşelile şi face tot ce poate pentru a le evita pe viitor este cu siguranţă un terapeut mai bun pentru următorul client.

Cercetarea terapeutică introduce un set diferit de relaţii între terapie, societate şi cunoaştere. Perioada 1960-1980, pe plan mondial, a fost foarte productivă pentru studiile publicate şi a fost caracterizată şi motivată de presiunile sociale pentru a introduce, consolida, legitima şi verifica rolul psihoterapiei în societate. O cercetare calitativă bună este intrinsec orientată spre descoperire şi critică. Creşterea sofisticării metodologice şi a diversităţii din cercetarea calitativă a determinat publicarea unor articole, studii semnificative despre unele probleme de interes major.

Una din limitările modelului scientist-practitioner este că expune o abordare ştiinţifică convenţională şi este nevoită să adopte o poziţie de neutralitate în legătură cu problema respectivă. Valorile de bază în modelul scientist-practitioner sunt raţionalitatea, obiectivitatea şi rigoarea. Pasiunea, interesul parţial al cercetătorului se presupune a fi îngrădit, ţinut sub control, se evită introducerea biasării subiectivităţii în procesul de colectare şi de analiză a datelor. Orice consilier sau psihoterapeut trebuie să-şi fixeze graniţa dintre aspectele raţionale ale cunoaşterii şi experienţei umane , pe de o parte, şi aspectele emoţionale şi interpersonale, pe de altă parte. Tot ceea ce facem, chiar şi în rolul de cercetător. este o formă a punctului nostru de vedere. a motivaţiilor, ataşamentelor, a sensului dat pentru selfului nostru. Din perspectiva terapeutului, alegerea de a deveni cercetător sau alegerea metodelor de

cercetare sunt consecinţa unor factori care au acţionat în istoria noastră personală (John McLeod, 1999).

O abordare de cercetare care poate fi utilă consilierilor şi terapeuţilor este heuristic inquiry model dezvoltat de Moustakas (1967, 1990 a, b apud John McLeod,1999). Moustakas menţionează că procesul de cercetare este asemenea unei călătorii personale; se produce o imersiune în întrebarea fundamentală de cercetare şi care conduce la alte întrebări pe care cercetătorul şi le adresează, la o angajare într-o disciplină pentru realizarea angajamentelor asumate până se realizează iluminarea. Mergând pe firul iluminării alte noi insighturi apar şi acestea trebuie să fie verificate uneori împotriva observaţiilor externe. Astfel, se obţine o nouă sinteză în nivelul de înţelegere al problemei abordate. Considerăm utilă aprofundarea noţiunii de validitate în cele ce urmează.

Problema validităţii în practica cercetării este una fundamentală. Tradiţia cercetării cantitative se bazează pe un număr mare de statistici şi pe precizarea tehnicilor care estimează validitatea măsurătorilor dacă pot fi sau nu generalizate. Cercetarea calitativă, care se bazează pe analiza celor scrise sau pe măsurătorile făcute asupra cuvintelor din comunicarea verbală, din punct de vedere al validităţii este într-un proces de dezvoltare.

Criteriile care ghidează practica cercetării sunt:

- cercetarea să ofere suficiente detalii descriptive despre clienţi, consilieri, abordarea consilierii, contextul social şi politic, cititorii să poată realiza evaluări despre similarităţiile din viaţa lor şi rezultatele studiului şi aplicabilitatea studiilor în viaţa lor de zi cu zi;
- o bună cercetare practică va oferi suficiente informaţii despre angajarea personală a cercetătorului în studiu, despre procesul euristic, astfel încât cititorul să fie capabil să aprecieze autenticitatea studiului şi integritatea cercetătorului.

Primul dintre cele două criterii este denumit validitate ecologică, descriptivă şi este utilizată în cercetarea experimentală; un studiu bun depinde de mai ales de acurateţea şi de descrierea senzitivă a fenomenului investigat. Al doilea criteriu este denumit validitate personală şi reflectă credibilitate şi credinţa în cercetător. Noţiunea de validitate personală este percepută cu repulsie de mulţi academicieni şi cercetători care îşi manifestă cu tărie aderenţa la un set de proceduri raţionale. Validitatea şi încrederea se referă la autenticitatea şi consistenţa datelor culese. Una dintre problemele majore care pot să apară este cu referire la legătura dintre metodă şi investigaţie. denumită validitate internă şi relaţia dintre concluziile studiului şi lumea externă, denumită validitate externă. Noţiunea de validitate este caracteristică paradigmei pozitiviste. Ca o alternativă, în interiorul contextului gândirii postmoderniste (postpozitivism, interpretare-constructivistă, paradigma teoriei critice) toate experienţele sunt percepute ca fiind bazate pe realitatea socială. Cercetarea calitativă implică multe standarde ale calităţii. ca validitate. rigoare. încredere. corectitudine, autenticitate şi credibilitate (Morrow, 2005). Paradigma cercetării calitative menţionează următoarele tipuri de validităţi (apud Christine J. Yeh; Arpana G. Inman ,2007, p. 386-389) sunt:

- subiectivitatea şi self-reflexivitatea. Una din îngrijorările majore identificate în contextul tuturor paradigmelor cercetării calitative este biasarea datelor culese şi interpretarea lor de cercetător. Ca strategie folosită împotriva biasării datelor este self-reflexivitatea (Rennie, 2004). O altă strategie utilizată este triangularea utilizată în diverse metodologii. Auditorul tinde să ofere o alternativă la datele culese de investigator (Denzin, 1978);
- credibilitate şi adecvarea datelor. Elementul de calitate se referă la acurateţea şi la completitudinea datelor culese, aspecte menţionate de postpozitivism şi de paradigmele interpretativ-construcţioniste. Adesea, credibilitatea şi adecvarea datelor au fost bazate pe măsurători simple cu calificative poziţionate pe ranguri de la 3 până la 100 de transcripturi. Se cunoaşte că validitatea studilor din cercetarea calitativă depinde de calitatea şi adâncimea interviurilor realizate.

Astfel, Denzin (1978) după cum s-a menţionat anterior a dezvoltat triangularea datelor utilizată în metode ca etnografia, fenomenologia, studiile de caz şi include surse de informaţii ca interviurile. jurnalele self-reflexive, observaţiile participanţilor şi alte informaţii care pot să aducă o multidimensionalitate a datelor culese. Strategiile menţionate reduc riscul biasării datelor culese şi fără o integrare adecvată a diferitelor surse şi o înţelegere în adâncime a contextului experienţele participanţilor pot să fie alterate,

- interpretarea datelor. Adecvarea datelor culese la realitatea participanţilor aduce în prim plan evitarea sau alterarea răspunsurilor participanţilor de cercetător. Se recomandă o balanţă între cuvintele participanţilor şi interpretările cercetătorului. Un element important în interpretarea datelor este utilizarea datelor statistice sau a rezultatelor numerice utilizate în interpretarea şi interpretarea datelor. Identificarea fenomenelor ca rare, variate sau tipice ori utilizarea evenimentelor frecvente permit cercetătorului să discute cantitativ despre evidenţa datelor care reflectă concluzii particulare.

Cercetarea calitativă este apropiată de răspunsul la întrebarea „Cum?" sau „Ce?" şi opusă lui „De ce ?". Qualitative inquiry este descrisă ca un studiu „ experiential life of people" (Polkinghorne, 2005 , p.138). În concepţia lui Polkinghorne (2005, p.138, apud Susan L. Morrow 2007) un prim scop al cercetării al cercetării calitative este de a „ist o describe and clarify experience as it is lived and constitued in awareness". Cercetătorul este capabil să spicuiască din adâncimea experienţei umane, ceea ce nu este observabil pentru celălalt şi ceea ce nu poate fi adunat, colectat prin sondaje sau prin alte metode de adunare a datelor.

4. REZULTATE

Metodele calitative sunt utile pentru explorarea variabilelor ce nu se identifică uşor precum şi pentru a identifica problemele contradictorii care apar în diverse câmpuri sociale, atunci când teoria nu poate explica fenomenul. designul cercetării facilitează procesul de construire al teoriei. Pe când metodele cantitative permit cercetătorului să aducă o mare înţelegere a fenomenului, abordările calitative permit cercetarea în interiorul procesului complex şi ilustrează multe faţete

ale fenomenului uman. Un motiv pentru a selecta un design calitativ îl reprezintă interesul audienţei pentru abordarea narativă sau prezentarea studiilor de caz. Din această perspectivă, consilierii practicieni se simt mai congruenţi cu Qualitative inquiry şi cu perspectiva narativă.

5. BIBLIOGRAFIE

Bernard, H. R. (2002). *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches* (3rd ed.). Walnut Creek, CA: Alta Mira.

Creswell, J. (1998) *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Creswell, J. (2002) *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.* Thousand Oaks, CA: Sage

Denzin, N. K. (1978) The research act: A theoretical introduction to sociological methods (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Denzin, N. K., Lincoln, S. L. (Eds.). (2005) The Sage handbook of qualitative research (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.

Fassinger, R. E. (2005). Paradigms, praxis, problems, and promise: Grounded theory in counselling psychology research. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 156-166.

Fine, M., Torre, M. E., Boudin, K., Bowen, I., Clark, J., Hylton, D., et al. (2002). Participatory action research: From within and beyond prison bars. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 173-198). Washington, DC: American Psychological Association.

Heppner, P. P., Kivlighan, D. M., Wampold, B. E. (1999) *Research design in counselling* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., Ladany, N. (2005) Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology, 52,* 196-205.

Hill, C. E., Thompson, B. J., Nutt-Williams, E. (1997) A guide for conducting consensual qualitative research. *The Counseling Psychologist, 25,* 517-572.

Kidd, S. A., Kral, M. J. (2005). Practicing participatory action research. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 187-195.

Mahrer, A. R. (1988). Discovery-oriented psychotherapy research: Rational, aims, and methods. *American Psychologist, 43,* 694-702.

Mahrer, A. R., Boulet, D. B. (1999). How to do discovery-oriented psychotherapy research. *Journal of Clinical Psychology, 55,* 1481-1493.

McCracken, G. (1988). *The long interview: Quantitative research methods* (Vol. 13). New Delhi, India: Sage.

McLeod, J. (1999a) Practitioner Research in Counselling. London: Sage.

McLeod, J. (1999b) Counselling as a social process, *Counselling*, 10: 217-22. *Qualitative Psychotherapy Research: Methods and Methodology*. Berlin: Pabst.

Merriam, S. B. (1988). *Case study research in education: A qualitative approach.* San Francisco: Jossey-Bass.

Morrow, S. L., (2007) Conceptual Foundations of Qualitative Research în *The Counseling Psychologist.* Pp 209-235.

Morrow, S. L., Smith, M. L. (1995). Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 24-33.

Moustakas, C. E. (1967) Heuristic research, in J. Bugental (ed.), *Challenges of Humanistic Psychology.* New York: McGraw-Hill.

Moustakas, C. E. (1990a) *Heuristic Research: Design, Methodology and Applications*. Thousand Oask, CA: Sage.

Moustakas, C. E. (1990b) Heuristic Research, design and methodology, *Person - Centered Review,* 5: 170 - 90.

Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Polkinghorne, D. E. (1989) Phenomenological research methods. In R. S. Balle & S. Halling (Eds.), *Existential–phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience* (pp. 41-60). New York: Plenum Press.

Polkinghorne, D.E. (2005) Language and meaning: Data collection in qualitative research. Journal of Counseling Psychology. 52, 137-145.

Stake, R. E. (1995) *The art of case study research.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Strauss, A., Corbin, J. (1990) *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques.* Newbury Park, CA: Sage.

Suzuki, L. A., Ahluwalia, M. K., Mattis, J. S., Quizon, C. A. (2005) Ethnography in counselling psychology research: Possibilities for application. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 206-214.

Swagler, M. A., Ellis, M. V. (2003) Crossing the distance: Adjustment of Taiwanese graduate students in the United States. *Journal of Counseling Psychology,* 50: 420-437.

Yeh J. C; Arpana G. Inman (2007) *Qualitative Data Analysis and Interpretation in Counseling Psychology: Strategies for Best Practices the Counseling Psychologist*, Vol. 35, No. 3, May 369-403

BCU IAŞI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

METODOLOGIA CONSTRUIRII UNOR PROBE DE TESTARE PSIHOLOGICA

MIHAI VALENTIN CIOLACU
Universitatea Bucuresti, ciolacu.mihai88@yahoo.com

ABSTRACT: In this article we focus on the details about the methodology of constructing samples for psychological testing that are aimed at testing memory, attention, vigilance, reaction time, the ability of recognition of specific stimuli. The participants are students in psychology (day and distance learning) and adults with a driver's license; the whole group is aged between 18-55 years. The subject of this study is forming circumstantial evidence on traffic situations filmed at night and during the day, in the city and outside it. The formed samples are used in pilot studies, the coefficient of internal consistency (alpha crombach) is calculated and the items that do not comply are eliminated. To validate the test samples formed at a specific criteria, a model of concurrent validation is performed with the help of the participants with a driver's license, so we could note the recorded performances. Next step is the standardization of the samples.
Keywords: methodology, psychological testing, situational tests, memory, attention, reaction time.

1. INTRODUCERE

Însuşirile necesare conducătorului auto nu se pot reduce la un anumit număr de componente psihice izolate: acestea trebuie să poarte pecetea unei depline adecvări între solicitările activităţii şi structura de ansamblu a personalităţii.

Conducerea unui autovehicul în interiorul reţelei rutiere este o activitate complexă, care presupune corelarea într-un sistem unitar a unui număr mare de componenete psihologice ale individului uman. Structura şi desfăşurarea ei se subordonează însă unei anumite scheme logice, care facilitează operaţia de analiză. În cadrul acestei scheme delimităm următoarele secvenţe principale:

1. recoltarea şi prelucrarea informaţiilor;
2. elaborarea şi luarea deciziilor;
3. execuţia operaţiilor de reglare a autovehiculului;
4. înregistrarea şi evaluarea efectelor operaţiilor executate;
5. formularea obiectivelor şi modalităţilor de optimizare.

La baza conducerii corecte a autovehiculului stă o gamă largă de semnale, care furnizează informaţii cu semnificaţii diferite. În detectarea şi recepţionarea acestor semnale sunt antrenate aproape toate aparatele senzoriale ale omului: vizual, auditiv, tactil-kinestezic, olfactiv. După natura surselor de la care provin, semnalele cu care are de-a face conducătorul auto se pot împărţi în 3 categorii:

a) semnale de la autovehicul;
b) semnale de la rută şi ambianţă;
c) semnale de la „obiectele" aflate în traffic;

fiecare din aceste trei categorii putând deveni primordială într-o situaţie sau alta. De aceea, din punct de vedere psihologic, se cere ca toate să fie detectate, înregistrate şi decodificate în timp util.

a) Semnalele de la autovehicul solicită cu precădere analizatorii vizual, auditiv şi tactil-kinestzic. Astfel, semnalele vizuale (stimulii vizuali) furnizează date despre viteza de deplasare, despre starea combustibilului şi lubrifianţilor, despre temperatura motorului. Informaţia cea mai importantă care se cere a fi menţinută permanent sub control este cea furnizată de vitezometru. Semnalele auditive vin cu precădere de la motor – detectarea şi mai ales interpretarea lor corectă au o mai mare importanţă în prevenirea unor defecţiuni tehnice ale autovehiculului, care ar putea pricinui producerea unor pene sau accidente. Semnalele tactil-kinestezice sunt determinate de contactul direct al mâinilor şi picioarelor cu principalele elemente prin care conducătorul transmite comenzile şi acţionează direct asupra maşinii. Nu se poate concepe desfăşurarea optimă, în timpul conducerii, a manipulării volanului, manetei de semnalizare, pedalelor, etc. fără integrarea normală a informaţiilor tactil-kinestezice despre rezistenţa pe care o opun aceste elemente, despre poziţiile şi forma lor.

Scăderea sensibilităţii tactile a mâinilor sub o anumită limită (cum se întâmplă în anumite stări patologice) face dificil sau compromite total controlul normal asupra volanului – în asemenea situaţii, subiectul încetează să mai conştientizeze controlul tactil cu volanul, ceea ce duce la slăbirea tonusului muscular şi la blocarea mişcării de apucare-ţinere, accidentul devine iminent. Semnalele olfactive sunt furnizate de procesele de ardere a combustibilului şi de compoziţia chimică a gazelor ce se degajă în urma lor. Pe baza acestora conducătorul autovehiculului apreciază funcţionarea unor mecanisme importante ale motorului, cum ar fi acceleraţia, sistemele de evacuare.

b) Categoria semnalelor care provin de la rută şi ambianţa generală – sunt prin excelenţă vizuale şi auditive. Cele vizuale sunt:

- semnale specifice de circulaţie, în scopul reglementării traficului:
- semnale pe care le furnizează configuraţia corectă a rutei;
- semnale nespecifice din ambianţa mai îndepărtată.

Primele două categorii de semnale au o valoare reglatoare directă şi recepţionarea lor trebuie să se realizeze fără eroare. Omiterea sau detectarea cu întârziere a unui semn de circulaţie, poate duce la consecinţe dintre cele mai grave. De aceea, indiferent de ruta pe care se deplasează, conducătorul

autovehiculului trebuie să raţionalizeze în aşa fel comportamentul său de explorare, încât să asigure frecvenţa necesară a inspectării lor pe fiecare porţiune funcţională de distanţă.

c) Semnalele de la „obiectele" aflate în trafic sunt eminamente vizuale şi auditive. Cercetările psihologice au stabilit că extragerea şi prelucrarea informaţiei vizuale despre vehiculele aflate în trafic este una din sarcinile cele mai dificile, pe care conducătorul auto trebuie să o privească şi să o abordeze cu o răspundere deosebită.

Mecanismele perceptive ale omului se dovedesc mai puţin exacte şi estimarea distanţelor dintre obiectele aflate în mişcare şi în anticiparea poziţiilor lor reciproce în succesiunea mecanismelor temporare. Iar dacă nu se exersează în mod special, această capacitate rămâne la un nivel destul de scăzut. Conducerea auto reclamă însă stimularea şi dezvoltarea ei prin exerciţiu sistematic.

Semnalele auditive de la obiectele aflate în trafic sunt în primul rând claxonările. Acestea au un rol de avertizare şi sarcina de decodare a conducătorului auto în determinarea sensului avertizării.

În concluzie, pentru asigurarea eficienţei optime a activităţii de conducere a autovehiculului este absolut indispensabilă recepţionarea şi prelucrarea unei cantităţi suficiente de informaţie relevantă pentru operaţia ce urmează a fi executată.

Eficienţa activităţii de recoltare şi prelucrare a informaţiilor trebuie apreciată pe baza următorilor indicatori:

a) viteza sau rapiditatea detecţiei apariţie semnalelor;

b) rapiditatea şi corectitudinea discriminării sau diferenţierii unui semnal de altul;

c) rapiditatea şi corectitudinea identificării (recunoaşterii);

d) rapiditatea şi corectitudinea interpretării, adică a raportării semnalului recepţionat la operaţia de comandă a vehiculului.

Dinamica activităţii de recepţionare şi prelucrare a informaţiei este influenţată de o serie de factori care trebuie ţinuţi, pe cât posibil, sub control:

a) raportul semnal/zgomot;

b) starea funcţională a organismului;

c) nivelul de dezvoltare a calităţilor atenţiei – îndeosebi a concentrării, distributivităţii şi mobilităţii;

d) raportul dintre analiză şi sinteză care duce în plan individual la constituirea unui tip perceptiv eminamente analitic concretizat prin surprinderea mai uşoară a elementelor şi detaliilor, sau a unuia eminamente sintetic, concretizat prin tendinţa de informare.

În timpul conducerii vehiculului, oamenii interacţionează cu un flux constant de stimuli informaţionali. Majoritatea informaţiilor reprezintă semnale vizuale precum: alte vehicule, pietoni, drumul, semne de circulaţie şi peisajul în permanentă schimbare, dar şi semnale auditive, cum ar fi vorbitul la telefonul celular, CD-player-ul, radio, conversaţii cu pasagerii etc. Mai mult, conducătorul auto ar putea prelucra alte surse de informaţii din interiorul maşinii: informaţii interne (îşi aminteşte anumite direcţii sau planuri, unde să ia cina).

Timpul de reacţie ca răspuns la percepţia stimulilor din câmpul vizual al operatorului uman

Timpul de reacţie a fost un subiect preferat de către psihologii experimentali de la mijlocul secolului al XIX-lea. Totuşi, majoritatea studiilor pun întrebări referitoare la organizarea creierului operatorului uman în timpul activităţilor executate, autorii folosind foarte mult timp pentru a încerca să determine dacă rezultatele sunt conforme cu vreun model matematic al activităţii creierului.

Psihologii au numit trei tipuri de bază de experimente care studiază timpul de reacţie cu aplicaţie în activităţile desfăşurate ale operatorilor umani (Luce, 1986; Welford, 1980):

- în experimentele simple care studiază timpul de reacţie, există un singur stimul şi un singur răspuns. „X la locaţia cunoscută", „urmăreşte punctul", şi „reacţia la sunet" măsoară timpi simpli de reacţie.
- în experimentele de recunoaştere care studiază timpul de reacţie există anumiţi stimuli la care ar trebui să se răspundă („setul de memorie") şi altele care ar trebui să nu primească niciun răspuns („setul de distragere"). Există tot un singur răspuns corect. „Recunoaşterea simbolurilor" şi „recunoaşterea tonurilor" sunt amândouă experimente de recunoaştere.
- în experimentele de alegeri care studiază timpul de reacţie, utilizatorul trebuie să dea un răspuns care să corespundă cu stimulul, cum ar fi apăsarea unei chei care să corespundă cu o literă, dacă litera apare pe ecran. Programul Reaction Time nu foloseşte acest tip de experiment deoarece răspunsul este întotdeauna acordat apăsând tasta de spaţiu.

Studii şi cercetări efectuate argumentează că, profesioniştii care fac aceste experimente folosesc aproximativ 20-30 de participanţi care efectuează între 100 şi 200 de teste de timp de reacţie fiecare pe şedinţă (Luce, 1986, Cap. 6) şi Sanders (1998, p. 23) recomandă o perioadă de practică, iar apoi colectarea a 300 de timpi de reacţie pentru fiecare participant la cercetare. De aceea experimentele cu 3 sau 4 participanţi care reacţionează doar la 10 stimuli calculându-se 10 timpi de reacţie pentru fiecare participant sunt foarte limitate. Iosif şi Moldovan Scholtz (1996) subliniază că pentru o operaţie de aproximativ o jumătate de minut, s-a putut nota că între 1000 şi 10 000 de repetări, timpul poate varia cu încă câteva sutimi de minut. Astfe, autorul relevă că procentul de scurtare a timpului devine tot mai mic odată cu creşterea frecvenţei de repetare.

Mai mulţi cercetători au tratat efectul creşterii numărului de stimuli posibili în recunoaştere şi în experimentele de alegere. Hick (1952) a descoperit că în experimentele de testare a timpului de reacţie cu alegere, răspunsul era proporţional cu log(N), unde N este numărul de stimuli diferiţi posibili. Cu alte cuvinte, timpul de reacţie creşte cu N, dar odată ce N se măreşte, timpul de reacţie nu mai creşte la fel de mult ca atunci când N era mic. Această relaţie se numeşte „Legea lui Hick". Sternberg (1969) a păstrat acest fapt în experimentele de recunoaştere, deoarece odată cu creşterea numărului de itemi din setul de memorie, creşte şi timpul de reacţie, proporţional (adică proporţional cu N nu cu logN). Timpii de reacţie erau

între 420ms pentru un stimul valid (cum ar fi o literă în recunoaşterea de simboluri) la 630ms pentru şase stimuli valizi, crescând cu aproximativ 40ms de fiecare dată când se adăuga un nou item la setul de memorii. Nickerson (1972) a revizuit mai multe studii de recunoaştere şi a fost de acord cu aceste rezultate.

Froeberg (1907) a descoperit faptul că stimulii vizuali cu o durată mai mare provoacă timpi de reacţie mai rapizi în executarea sarcinii, iar Wells a avut acelaşi rezultat pentru stimulii auditivi. Piéron (1920) şi Luce (1986) au remarcat că cu cât este mai slab stimulul (cum ar fi o lumină foarte slabă), cu atât este mai lung timpul de reacţie. Totuşi, după ce stimulul ajunge la o anumită putere, timpul de reacţie devine constant.

Kohfeld (1971) a descoperit că diferenţa dintre timpul de reacţie la lumină şi sunet putea fi eliminată dacă era folosit un stimul cu o intensitate suficient de mare.

Atât timp cât variaţiile provocate de către tipul de experiment care testează timpul de reacţie, tipul de stimul şi intensitatea stimulului sunt ignorate, există în continuare mulţi factori care afectează timpul de reacţie.

Unul dintre factorii cei mai cercetaţi care afectează timpul de reacţie este „activarea" sau starea de atenţie, inclusiv tensiunea musculară. Timpul de reacţie va fi cel mai rapid la un nivel mediu de activare. şi se deteriorează atunci când subiectul este fie prea relaxat, fie prea tensionat (Welford, 1980; Broadbent, 1971; Freeman, 1933). Schuhfred (2007) a realizat o probă de atitudine faţă de risc cu 24 de situaţii stimuli, fără aglomeraţie în trafic şi pe străzi fără pietoni sau alte maşini.

2. OBIECTIVE ŞI IPOTEZE

2.1. Obiective

O1. Construirea unor probe psihologice ce vizează memoria topografică, atenţia, vigilenţa.

O2. Validarea probelor construite la criteriu

O3.Standardizarea probelor

2.2 Ipoteze

Variabilele probelor situaţionale sunt predictori ai performanţelor în traficul rutier.

3. METODA

3.1 Participanţi

Studenţi ai facultăţii de psihologie (zi şi IDD) dar şi adulţi cu carnet de şofer, lotul având vârsta cuprinsă între 18-55 ani.

3.2 Instrumente

3.2.1. Proba situaţională de asumare a riscului în traficul rutier (filme video cu situaţii din trafic în oraş)

3.2.2. Proba situaţională de asumare a riscului în traficul rutier (filme video cu situaţii din trafic în afara oraşului prin diferite spaţii rutiere: munte, deal, câmpie etc)

3.2.2. Proba situaţională de asumare a riscului în traficul rutier pe timp de noapte (filme video cu situaţii din trafic în oraş şi în afaras oraşului)

4. REZULTATE

Construirea unor probe situaţionale privind situaţii de trafic filmate pe timp de noapte şi în timpul zilei, în oraş şi în afara oraşului.

Probele construite se aplică în studii pilot, se calculează coeficientul de consistenţă internă (alfa crombach) şi se elimină itemii care nu corespund.

Validarea probelor construite la criteriu

Se realizează un model de validare concurentă la criteriu apelând la participanţi cu carnet de şofer, pentru a putea consemna performanţele inregistrate.

Standardizarea probelor

Se realizează cotele pentru fiecare grupă de vârstă a eşantionului de populaţie.

5. CONCLUZII

Pentru a înţelege mai bine comportamentul conducătorului de autovehicul precum şi sursele de distragere a atenţiei acestuia, cercetătorii au încercat să dezvolte modele integrate de conducere care să surprindă comportamentul conducătorului în maniera unui calculator (Aasman, 1995).

Activităţile de muncă sunt mai mult sau mai puţin complexe aşa că performanţa care le caracterizează presupune prezenţa mai multor calităţi sau aptitudini ori trăsături de personalitate din partea celor care prestează munca respectivă. Acesta este motivul pentru care în predicţia performanţelor profesionale psihologii trebuie să utilizeze mai mulţi predictori combinaţi în funcţie de ponderea sau importanţa pe care o deţin în realizarea unei activităţi de muncă. Alegerea acestor predictori pentru un examen de selecţie se poate realiza pe baze statistice, dar şi pe considerente apreciative din partea unor experţi.

Bateria de teste folosită în vederea evaluării psihologice este definită ca fiind „un ansamblu de teste utilizate împreună cu scopul de a evalua mai multe aspecte aptitudinnale sau de personalitate ale participanţilor într-un psihodiagnostic al reuşitei (Pitariu, 1983). La aceasta se poate completa cu precizarea că testele dintr-o baterie care este implicată în predicţia succesului profesional trebuie să fie cât mai independente unul de altul din punct de vedere statistic (să coreleze cât mai puţin unul cu altul), dar fiecare să posede un coeficient de corelaţie semnificativ cu criteriul/criteriile de eficienţă profesională. Bateria de teste presupune deci existenţa mai multor predictori asociaţi pe baza unor criterii statistice.

În mod obişnuit, într-o procedură de selecţie profesională sunt utilizate criterii (uneori combinate într-un criteriu unic, compozit) care circumscriu eficienţa profesională şi predictori capabili să ne spună cât mai multe lucruri despre aptitudinile, trăsăturile de personalitate sau interesele celor investigaţi cu scopul de a face evaluări predictive a calităţii sau eficienţei profesionale. Demersul metodologic, aşa cum se poate observa din exemplificările surselor citate este destul de complex.

Aceste modele oferă detalii aprofundate privind sursa distragerii atenţiei prin elucidarea proceselor prin care conducătorul auto ţine seamă de/participă la mediul exterior, prelucrează cognitiv aceste informaţii şi apoi reacţionează la stimulii informaţiilor şi manipulează mediul. Astfel, arhitectura IT ar putea oferi conducătorului de autovehicul ocazia de a îndeplini mai multe sarcini în acelaşi timp la „nivel software" prin noi modele implementate ca reguli de producere şi la „nivel

hardware" prin schimbări în mecanismele interioare ale acestei arhitecturi. Modele recente ale sarcinilor dinamice complexe au demonstrat existenţa unor aptitudini în surprinderea unor aspecte de îndeplinirea mai multor sarcini: eroarea de percepţie (informaţiile critice au fost sub nivelul capacităţii de a vedea – lumina era prea slabă, conducătorul auto a fost orbit de o strălucire puternică; hainele pietonului aveau un contrast prea redus, conducătorul auto a judecat greşit din punctul de vedere al percepţiei); resursele mentale ale conducătorului auto erau concentrate în altă parte iar informaţiile critice au putut fi detectate prea târziu (lipsă de atenţie în timpul condusului); şi situaţia în care conducătorul autovehiculului ar fi putut prelucra corect informaţiile dar nu a reuşit să aleagă răspunsul corect sau să ia decizia corectă, nereuşind astfel s-o ducă la îndeplinire.

6. BIBLIOGRAFIE

Aasman, J. (1995). *Modeling driver behavior in Soar.* Leidschendam, the Netherlands: KPN Research.

Aniţei, M., Chraif, M. (2010). *Introducere în psihologia transporturilor*, Ed Livpress, Bucureşti.

Broadbent, D. E. (1971). *Decision and Stress.* Academic Press, London.

Froeberg, S. (1907). The relation between the magnitude of stimulus and the time of reaction. *Archives of Psychology*, No. 8

Hick, W. E. (1952). On the rate of gain of information. *Quarterly Journal of Experimental Psychology,* 4, pp.11-26.

Iosif, Ghe. şi Moldovan Scholtz, M., (1996). *Psihologia muncii,* Editura didactică şi pedagogică, Bucureşti.

Luce, R. D. (1986). Response Times: Their Role in Inferring Elementary Mental Organization. Oxford University Press, New York.

Piéron, H. (1920). Nouvelles recherches sur l'analyse du temps de latence sensorielle et sur la loi qui relie ce temps a l'intensité de l'excitation. *Année Psychologique* 22, pp.58-142.

Pitariu, H.D. (1983). *Psihologia selecţiei şi formării profesionale*. Cluj-Napoca: EdituraDacia.

Sanders, A. F. (1998). *Elements of Human Performance: Reaction Processes and Attention in Human Skill.* Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey.

Sternberg S. (1969). Discovery of processing stages: Extensions of Donder's method. Acta Psychol, 8, pp.276-315.

Welford, A. T. (1980). Choice reaction time: Basic concepts. In A. T. Welford (Ed.), *Reaction Times.* Academic Press, New York, pp. 73-128.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

EVALUARE PSIHOLOGICĂ ÎN TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ RECURENTĂ – STUDIU DE CAZ

ROXANA CERASELA SÎRBU
Spitalul Clinic de NeuroPsihiatrie, Clinica II Psihiatrie, sirbu_mh@yahoo.com

ABSTRACT: Această lucrare constă în realizarea unui studiu de caz la o pacientă de 52 ani adusă în urgenţă la Clinica II Psihiatrie, diagnosticată cu tulburare depresivă majoră recurentă la o structură de personalitate evitantă. Scopul acesteia vizează fundamentarea unei obiectivări, a relatării care revine explorării psihodiagnostice ce completează investigarea clinică, prin aplicarea unor metode şi instrumente psihologice, obţinerea unor date care să confirme diagnosticul psihiatric şi să evidenţieze personalitatea premorbidă şi modificările suferite de aceasta prin procesul morbid. Conţinutul lucrării pune accentul pe aspectele teoretice şi importanţa istoricului de depresie cu elementele semnificative şi rezultatele obţinute subliniind sesizarea simptomelor, a factorilor de risc, semnelor cheie în recunoaşterea şi diagnosticarea depresiei.
Cuvinte cheie: Studiu de caz, tulburare depresivă majoră recurentă, investigaţii psihologice, anxietate generalizată, insomnii mixte, labilitate afectiv-emoţională, interferenţe somatice, interpretări hipocondriace.

1. INTRODUCERE

"Tulburarea afectivă"este de origine anglo-saxonă şi reprezintă un grup de modificări, de tip depresiv sau maniacal ale afectivităţii. a căror simptomatologie este dominantă şi determinată pe parcursul desfăşurării lor.

Datorită exteriorizării directe a simptomatologiei tulburărilor afective dominate de elemente semnificative, cum ar fi euforie-tristeţe, inhibiţie psihomotorie-excitaţie etc, acestea au constituit unele din principalele entităţi psihiatrice delimitate cu peste 2 milenii înaintea apariţiei clinicii de psihiatrie în rândul disciplinelor medicale.

În ŞUA, noţiunea de tulburare afectivă a fost folosită pentru prima dată în 1960 de Winokur pentru caracterizarea bolilor maniaco-depresive; termenul, într-o dimensiune mai restrânsă a intrat în DSM-III (1980), DSM-III-R (1987) DSM-IV (1994).

Tulburările afective includ tulburările care au ca element prioritar o perturbare de dispoziţie. Dispoziţia reprezintă tonusul afectiv fundamental, care dă fiecăruia dintre noi o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi ai plăcerii şi ai durerii (Delay. J). Ea reprezintă polaritatea stărilor afectivităţii bazale la un moment dat; modificarea ei în sens patologic poartă numele de distimie. În peste 90% din cazuri, în cursul vieţii pacienţii distimici dezvoltă episoade depresive majore.

Termenul de tulburare de dispoziţie introdus în DSM-III-R (1987) abordează acelaşi sens ca al tulburării afective prezent în DSM-III (1980), dar încearcă sa delimiteze de tulburările depresive de scurtă durată, ca aşa zise dificultăţi de adaptare şi de sindroamele anxioase pure (Klei-et al 1981, Poldin Geret 1986, Marks 1987).

2. ABORDĂRI TEORETICE

2.1. Clasificarea tulburărilor afective

Clasificarea acestora a devenit dominantă la mijlocul sec. XX. O parte a tulburărilor are origine somatică – depresii somatogene, o altă parte este legată de procese psihologice – depresii psihogene. A treia grupă este de cauză necunoscută sau este în legătură cu o tulburare primară a funcţiilor cerebrale – depresia endogenă.

Clasificarea tulburărilor afective se bazează pe două sindroame, fiind luat în considerare fie aspectul transversal – severitate, factori specifici, dar şi sensul longitudinal – evoluţia – episoade, cronicizare. Trebuie să se ţină cont şi de clasificarea etiopato-genetică şi anume somatogen, endogen, psihogen.

Tulburările afective sunt împărţite în tulburări depresive "depresia unipolară", tulburări bipolare şi două tulburări bazate pe etiologie – tulburarea afectivă datorată unei condiţii medicale generale şi tulburarea afectivă indusă de o substanţă.

Tulburările depresive – adică, tulburarea depresivă majoră, tulburarea distimică şi tulburarea depresivă fără altă specificaţie. Se disting de tulburările bipolare prin faptul că nu există istoric de episod maniacal, mixt sau hipomaniacal.

Tulburările bipolare – de exemplu tulburarea bipolară I, tulburarea bipolară II, ciclotimia şi tulburarea bipolară fără altă specificaţie implică prezenţa de episoade maniacale, mixte sau hipomaniacale, acompaniate de prezenţa episoadelor depresive majore.

2.2. Depresia

Depresia, ca definiţie de largă generalitate este caracterizată ca o prăbuşire a dispoziţiei bazale, cu actualizarea trăirilor neplăcute, triste şi ameninţătoare. Argumente pentru a considera depresia o hipertimie negativă sunt: puternică participare afectivă. trăirea profundă a acestei stări, antrenarea comportamentală consensuală.

Definită anterior, depresia se referă la "depresia-simptom", dar în realitatea practică, aceasta apare ca sindrom sau entitate nosologică.

Definită operaţional, componentele generale sunt: răsunetul ideativ, comportamental şi somatic al tulburării afective.

Drept componente definitorii sunt: dispoziţie depresivă. încetinirea proceselor gândirii, lentoare psihomotorie, simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziţia depresivă este trăită ca tristeţe vitală (Schneider K.) pierderea sentimentelor, golire şi nelinişte interioară.

Sindromul depresiv reprezintă o scădere trecătoare sau durabilă a stării de dispoziţie psihică sau a tonusului psihic.
Se scot în evidenţă două componente clinice:

2.2.1. Componenta fizico-somatică

Se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate şi puţine, mimică săracă cu aspect trist. Apare stare de oboseală generală nejustificată, insomnii şi prezenţa unor tulburări de ordin neurovegetativ cum ar fi hipotensiune arterială, scădere ponderală, inapetenţă etc.

2.2.2. Componenta psihoafectivă

Se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic. Apar următoarele aspecte psihopatologice: astenie fizică, scăderea randamentului intelectual, deficit de atenţie şi evocare mnezică, sentiment de inferioritate, nelinişte anxioasă, sentimente de culpabilitate, restrângerea sferei intereselor, a comunicării cu limbaj sărac şi voce de intensitate diminuată; apar idei de culpabilitate şi autoacuzare, de ruină, doliu, idei hipocondriace.
Un aspect important caracteristic care apare destul de constant în sindromul depresiv sunt ideile de suicid sau tentativele de suicid.

2.3. Tulburarea depresivă majoră

2.3.1. Evoluţie

Tulburarea depresivă majoră poate începe la orice vârstă, cu aproximativ o medie la debut situată sub 20 de ani şi se ştie că pacienţii care dezvoltă aceste tulburări au o mai mare morbiditate familială pentru depresie (Goodwin şi Jamison 1990). Evoluţia tulburării depresive majore este variabilă – pacienţii pot să aibă episoade izolate, sau din ce în ce mai frecvente, pe măsură ce avansează în vârstă. Aproximativ 5%-10% cu tulburare depresivă majoră episod unic, prezintă ulterior un episod maniacal (adică, prezintă tulburare bipolară I). Episoadele depresive majore se pot rezolva complet – în aproape două treimi din cazuri, parţial sau deloc – în aproximativ o treime din cazuri. Acestea sunt frecvent dezvoltate într-un context psihosocial sever, cum ar fi moartea unei fiinţe iubite sau divorţul, precum şi condiţiile medicale generale cronice şi dependenţa de o substanţă care pot contribui la debutul şi exacerbarea acestei tulburări.

Istoricul cu episoade depresive creşte riscul pentru episoade depresive ulterioare: - un episod probabilitatea 50% de repetare; două episoade – probabilitatea 70%; trei episoade sau mai multe – probabilitatea 90% (DSM-IV).

2.3.2. Prevalenţă

Studiile referitoare la tulburarea depresivă majoră au raportat o gamă largă de valori pentru procentul de populaţie adultă cu această tulburare. Prevalenţa procentuală a tulburării depresive majore la adulţi, pe eşantioane comunicate variază între 5% şi 9% pentru femei, şi între 2% şi 3% pentru bărbaţi.
Riscul pe viaţă pentru tulburarea depresivă majoră în eşantioanele comunitare variază între 10% şi 25% pentru femei, şi între 5% şi 12% pentru bărbaţi (DSM-IV).

3. DIRECŢII DE CERCETARE – STUDIU DE CAZ

Nume: B *Prenume:* C *Vârsta:* 52 ani
Domiciliul: jud. Dolj Loc. Craiova
Starea civilă: Căsătorită
Diagnostic psihiatric: Tulburare depresivă recurentă cu interferenţe somatice

3.1. Istoricul personal şi social

3.1.1. Structura şi nivelul familiei

Din istoricul de viaţă al pacientei am reţinut că provine dintr-o familie modestă, al doilea copil din frăţie. Atât naşterea sa, cât şi dezvoltarea au decurs normal. A urmat şcoala elementară şi gimnazială cu rezultate mediocre, specific nivelului intelectual predominând o stare de conflictualitate intrafamilială cu părinţii. Este absolventă a 8 clase, iar traseul său profesional a fost marcat de schimbări ale locului de muncă, prezentând dificultăţi de adaptare socioprofesionale.
În prezent nu lucrează, ultimul loc de muncă fiind în urmă cu 5 ani, boala fiind un motiv de culpabilizare faţă de familie (unicul susţinător al familiei este soţul în vârstă de 55 ani, lucrează ca electrician). Este căsătorită, are doi copii. Locuieşte împreună cu familia în mediul urban. Relaţiile cu soţul sunt tensionate, cercul relaţiilor sociale este redus.
Se conturează o personalitate premorbidă de aspect depresiv cu următoarele trăsături dominante: simţ crescut de culpabilizare, inutilitate, stări frustrante şi de eşec, încredere scăzută în propriile forţe, abilităţi sociale reduse.

3.1.2. Condiţii de viaţă şi de muncă

Locuieşte într-un apartament modest, semidecomandat – două camere cu unul dintre copii – cel mic în vârstă de 22 ani, care în prezent nu lucrează. De un an şi jumătate şi-a adus prietena în locuinţă împotriva voinţei părinţilor acestuia. Nici aceasta nu are venit. Celălalt băiat are 26 ani şi locuieşte la soţie. În prezent pacienta nu lucrează.

3.1.3. Nivel de adaptare

Deficit adaptativ şi integrativ socio-familial.

3.2. Motivele internării

- dispoziţie depresivă persistentă;
- anxietate generalizată;
- labilitate afectiv-emoţională;
- plâns facil accentuat;
- insomnii mixte.

3.3. Antecedente heredocolaterale

Nesemnificative din punct de vedere psihopatologic.

3.4. Antecedente personale fiziologice

- prima menstruaţie – aproximativ 15 ani;
- în prezent ciclu menstrual absent – nu ştie data ultimei menstruaţii;
- naşteri = 2, avorturi = 1

3.5. Antecedente personale patologice

2011 – tulburare depresivă majoră-episod actual sever;
2010 – tulburare depresivă recurentă;
2009 – tulburare depresivă anxioasă;
2008 – tulburare depresivă recurentă agravată somatic;
2007 – noduli tiroidieni; spondiloză cervicală;
2006 – apendicectomie cu stare septică.

3.6. Istoricul bolii

Pacientă în vârstă de 52 ani cu multiple internări în Clinica II Psihiatrie (2008-2011) prezintă un debut insidios afecţiunii în urmă cu aproximativ 4 ani, într-un

context psihotraumatizant - pierderea locului de muncă, relaţii familiale tensionate şi conflictuale multiple, cu o simptomatologie dominată de dispoziţie tristă; anxietate generalizată; iritabilitate; fatigabilitate; somn redus, superficial, fragmentat; accese inexplicabile de plâns.
Evoluţia a fost ondulantă cu ameliorarea parţială a simptomatologiei, dar şi cu decompensări frecvente datorită întreruperii tratamentului de specialitate.
Episodul actual debutează în urmă cu aproximativ două săptămâni, cu simptomatologia mai sus menţionată, motiv pentru care pacienta se internează pentru a beneficia de tratament şi asistenţă de specialitate.

3.7. Interviul clinic

Conform datelor din fişa de observaţie completată reţinem:
- pacienta are o ţinută vestimentară puţin îngrijită cu igienă deficitară, gestică redusă, mimică anxioasă, mers greoi, faţa ei exprimă tristeţe în cea mai mare parte a zilei;
- nu se remarcă fenomene productive în sfera percepţiilor psiho-senzoriale în momentul examinării, acuze somatice neurovegetative ce însoţesc preocupări hipocondriace;
- deficit de captare şi de menţinere a atenţiei caracterizat prin volum şi intensitate diminuată- atenţia orientându-se asupra trăirilor interioare (grijile existenţiale, neajunsurile etc.);
- dificultăţi de concentrare, indecizie, slabă capacitate de memorare-memorie axată pe evenimentele afectiv-negative ale existenţei personale;
- gândire coerentă caracterizată prin flux şi ritm ideoverbal de intensitate diminuată, voce monotonă cu tonalitate joasă, discurs sărăcit tematic cu coloratură depresivă şi conţinut ideativ ce reflectă renunţare, idei hipocondriace care oscilează între teamă şi dorinţa de boală-idei de culpabilitate, inutilitate, eşec moral şi existenţial;
- motivaţie diminuată în prezent.

3.8. Particularitatea cazului

- evoluţie cronică;
- multiple episoade depresive anterioare;
- remisiune parţială, persistenţa interepisodică a simptomelor reziduale depresive;
- lipsa suportului material, familial şi social;
- nivel intelectual scăzut.

3.9. Examinarea psihologică

3.9.1. Metode şi instrumente utilizate

3.9.1.1. Metode

Anamneza – folosită în sondarea longitudinală a evenimentelor şi permiterea dezvăluirii parţiale a cauzelor ce au determinat şi întreţinut o anumită evoluţie psihică;
Observaţia – utilizată în înregistrarea sistematică a multiplelor aspecte privind conţinutul şi forma de manifestare a diverselor trăsături psihice şi psihopatologice ale persoanei investigate urmărite în timpul examinării şi pe parcursul internării.
La pacienta internată am observat şi reţinut următoarele:
Componenta fizico-somatică se caracterizează prin activitate redusă, gesturi limitate şi puţine, mimică săracă cu aspect trist, inexpresiv cu tremur al buzelor şi umezirea ochilor pe timpul evocărilor; se mişcă încet şi preferă să stea în pat în cea mai mare parte a zilei; exprimare cu ritm încetinit şi voce de intensitate diminuată, cu fluenţă lentă; acuză permanent stare de oboseală generală, nejustificată; insomnii cu caracter mixt.
Componenta psiho-afectivă se caracterizează printr-o scădere generală a tonusului psihic şi se notează următoarele aspecte psihopatologice: voce şoptită, limbaj sărac; funcţii cognitive diminuate caracterizate prin deficit de concentrare, slabă capacitate de memorare; astenie fizică şi psihică ce se manifestă ca o senzaţie de oboseală permanentă, rapidă la cel mai neînsemnat efort, senzaţie de apăsare sufletească; sentimente de autoacuzare, inutilitate, culpabilitate; idei recurente de moarte; prelucrări hipocondriace; nelinişte anxioasă; somn redus, superficial-fragmentat; scăderea relaţiilor interpersonale cu evitare şi retragere socială.

3.9.1.2. Instrumente de evaluare utilizate

Scala de depresie Hamilton (HAM-D) – utilizată în vederea evaluării severităţii depresiei;
Inventarul de depresie Bech (BDI) – utilizat în scopul de a măsura manifestările comportamentale ale depresiei; de a monitoriza simptomele şi a evalua răspunsul la intervenţiile terapeutice;
Scala autoadministrabilă de depresie Zung – utilizată pentru a specifica trăsăturile întâlnite în tulburările depresiei;
Chestionar de evaluare psihonevrotice Woodworth;
Testul proiectiv-expresiv Arborele Kock.

3.9.1.3. Mod de administrare şi scoruri obţinute

Pacienta a fost internată în Clinica II Psihiatrie pe o perioadă de 15 zile.
Săptămâna 1 – a doua zi de la internare
Ham-D = scor obţinut 26 depresie severă
BDI = scor obţinut 29 depresie severă
Zung = scor obţinut 74 depresie severă
Chestionar Woodworth
I = 308; II = 216; III = 120; IV = 60; V = 338; VI = 36; VII = 260; VIII = 52.
Concluzii preliminare – stări dispoziţionale ample predominant depresiv-persistente cu conţinut negativ şi caracter emoţional accentuat cu interpretări şi prelucrări hipocondriace.
Săptămâna 2 – a opta zi de la internare
Ham-D = scor obţinut 18 depresie moderată
BDI = scor obţinut 23 depresie moderată
Zung = scor obţinut 70 depresie medie
Arborele Kock – scoate în evidenţă un Eu inhibat, care se manifestă cu o slabă capacitate de adaptare, integrare sociofamilială şi autocontrol al proceselor emoţionale: nelinişte psihomotorie pe fondul unei atitudini de aşteptare; sentimente de inferioritate, atitudine de pesimism; relaţii inadecvate interpersonale datorate afectivităţii reduse caracterizate prin restrângerea sferei intereselor a comunicării.
Săptămâna 2 – a douăsprezecea zi de la internare
Ham-D = scor obţinut 15 uşor moderată
BDI = scor obţinut 14 remisie parţială
Zung = scor obţinut 60 uşor moderată.
În urma metodelor folosite şi instrumentelor aplicate. putem întocmi următorul profil psihologic:
Profil de tip afectiv – cu stări dispoziţionale predominant depresiv-persistente şi scăderea generală a tonusului psihic însoţit de modificări vegetative şi

tensiune motorie cu bulversări emoţionale tranzitorii; perturbări ale nivelului de activitate conturate pe fatigabilitate rapidă consecutivă efortului depus; funcţii cognitive diminuate reflectate prin concentrare scăzută, indecizie, slabă capacitate de memorare; flux şi ritm ideoverbal de intensitate diminuată cu ideaţie şi tematică cu conţinut negativ şi simptome auxiliare de expresie somatică cu interpretări hipocondriace; insomnii mixte, labilitate afectiv-emoţională, intoleranţă la frustrare, evitare cu retragere socială în context psihotraumatizant cu caracter de potenţialitate dezvoltat; deficit adaptativ şi integrativ sociofamilial.

3.10. Diagnostic multiaxial conform DSM-IV

Axa I: Tulburare depresivă majoră recurentă cu interferenţe somatice;

Axa II: Trăsături premorbide de personalitate structurată depresiv-evitant;

Axa III: Apendicectomie cu stare septică; noduli tiroidieni, spondiloză cervicală;

Axa IV: Lipsa unei reţele de suport social, financiar familial;

Axa V: Simptome sever-moderate afective a funcţionării ocupaţionale, sociale; scor GAF = 45 (la internare), scor GAF = 60 (la externare) – deficienţă funcţională – medie.

3.11. Diagnostic pozitiv conform criterii-DSM:

Se susţine diagnosticul pozitiv de tulburare depresivă majoră recurentă cu interferenţe somatice pe baza criteriilor conform DSM prin prezenţa:

- prin prezenţa în istoricul bolii a mai multor episoade care au întrunit criteriile de episod depresiv major (pe puţin 5 simptome în decurs de 2 săptămâni şi reprezintă o modificare de la nivelul anterior de funcţionare cauzând deteriorarea semnificativă clinic în domeniul sociofamilial), existând un interval la cel puţin 2 luni consecutive în care nu au fost satisfăcute criteriile de episod depresiv major;
- episoadele depresive majore nu sunt explicate mai bine de tulburarea schizoafectivă, nu sunt suprapuse peste schizofrenie, tulburarea delirantă sau psihotică;
- nu au fost satisfăcute criteriile pentru episod maniacal, mixt sau hipomaniacal.

3.12. Diagnostic diferenţial conform criterii-DSM

- tulburare afectivă pe fond organic – datorită unor condiţii medicale generale, datorită cauzelor farmacologice;
- tulburare dispoziţională datorită uzului de substanţe;
- tulburare schizoafectivă – antecedentele evolutive, istoricul premorbid;
- tulburări de personalitate – decompensările nu întrunesc criteriile pentru episod depresiv major;
- tulburări primare ale somnului – se diferenţiază de depresia majoră prin apariţia anormalităţilor somnului numai în contextul episoadelor depresive;
- tulburarea bipolară de tip I – presupune şi existenţa în antecedente a cel puţin un episod maniacal;
- demenţa – debutul poate fi printr-un episod depresiv major, dar deficitul cognitiv nu s-ar remite prin tratamentul cu antidepresive.

4. CONCLUZII

Evoluţia cazului, având în vedere datele anamnestice, clinice şi paraclinice, pe termen scurt, o apreciez ca lent favorabilă cu răspuns bun asupra simptomatologiei pentru care pacienta se prezintă la internare, având în vedere evoluţia cronică (de peste 2 ani).

Pe termen lung o apreciez ca progredientă, cu deficit marcat şi reducerea inserţiei sociale,a având în vedere şi riscurile care pot apărea în cadrul unei tulburări depresive majore:

- consumul de excitante centrale;
- comorbidităţi somatice (depresia duce la scăderea imunităţii);
- riscul suicidar care creşte odată cu numărul de episoade depresive şi lipsa suportului afectiv.

5. POSIBILITĂŢI DE INTERVENŢIE TERAPEUTICĂ A PSIHOLOGULUI CLINICIAN

Situaţia în fapt ne-ar determina să adoptăm un sistem de intervenţie structurat în două etape:

A. intervenţia psihoterapeutică desfăşurată intraspitalicesc ca strategie suportivă, complementară tratamentului psihiatric;

Obiective

- conceptualizarea problemelor pacientului şi stabilirea priorităţilor;
- identificarea, înţelegerea şi acceptarea de către pacient a gândurilor şi sentimentelor negative;
- corectarea gândurilor despre sine.

B. continuarea terapiei în regim ambulatoriu (psihoterapie de suport, în care vor fi incluşi membrii de familie).

Obiective

- dezvoltarea la pacient a încrederii de sine, a încrederii în capacităţile proprii;
- dobândirea competenţei sociale prin responsabilizarea pacientului în raport cu statutul de părinte, soţie;
- susţinerea pacientului pentru participarea la anumite activităţi în cadrul grupului de prieteni, rude.

6. BIBLIOGRAFIE

Chiriţă, V., Papari, A. şi colaboratorii (2002). *Tratat de psihiatrie, vol I*, Ed. Fundaţiei "Andrei Şaguna", Constanţa, pp. 305; 331-332; 354;

DSM-IV-TR (2000). Ed. Asociaţiei Psihiatrilor liberi din România, Bucureşti, 2003, pp. 345-346; 369-375;

Enăchescu, Constantin (2005). *Tratat de psihopatologie*, Ed. Tehnică, Bucureşti, pp. 191;

Predescu, V. şi colaboratorii (1989). *Psihiatrie*, vol. I-II, Ed. Medicală, Bucureşti;

Tudose, Florin, Tudose, Cătălina, Dobranici, Letiţia (2011). *Tratat de psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi*, Ed. Trei, Bucureşti;

Tudose, Florin (2007). *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie*, Ed. Fundaţiei România de Mâine, Bucureşti, pp. 174-176;

Tudose, Cătălina, Tudose Florin (2007). *Psihiatrie în practica medicală*, Ed. Infomedica, Bucureşti;

Zlate, Mielu (2000). *Introducere în psihologie*. Ed. Polirom, Bucureşti.

Partea a V-a:
PSIHOLOGIE JUDICIARĂ, CRIMINALISTICĂ ȘI PENOLOGICĂ

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUNOȘTINȚE ȘI ABILITĂȚI SPECIFICE ÎN PSIHOLOGIA JUDICIARĂ. IMPLICAȚII PRIVIND FORMAREA SPECIALIȘTILOR JUDICIARI

MARIUS MILCU
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

REZUMAT: Domeniul psihologiei judiciare, deşi nu este unul recent, înregistrează la ora actuală un puternic reviriment, pornind de la lărgirea considerabilă a câmpului de activitate. Domenii ştiinţifice diverse, între care enumerăm doar câteva cum ar fi medicina, ştiinţele juridice şi ale comportamentului, ştiinţele educaţiei şi ale comunicării, ştiinţele sociale şi informatica, aduc noi posibile arii de preocupări pentru psihologia judiciară şi criminalistică, permiţând astfel îmbogăţirea şi diversificarea acestei ştiinţe complexe. Apare, în acest context, necesitatea unei pregătiri interdisciplinare extinse a specialiştilor care îşi desfăşoară activitatea în domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice.
Prezentul articol îşi propune să identifice şi să detalieze competenţele necesare unui specialist pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor specifice practicii judiciare.
Cuvinte cheie: psihologie judiciară şi criminalistică, competenţe, formare.

1. ARGUMENT

Agresivitatea, manifestările atipice şi tulburările de comportament, deviaţiile comportamentale şi manifestările antisociale au constituit dintotdeauna puncte de mare atractivitate atât pentru oamenii de ştiinţă, cât şi pentru societate, în general. Natura contradictorie şi de multe ori imprevizibilă a fiinţei umane face, în continuare, obiectul preocupărilor ştiinţifice şi practice specifice tuturor culturilor, indiferent de palierul evolutiv la care acestea se situează la un moment dat.

Dincolo de interesul ştiinţific asupra domeniului descris, există importante considerente sociale mult mai pragmatice, legate de stabilitatea şi securitatea comunităţilor umane, ca şi de costurile aferente managementului acestor fenomene. Societatea investeşte resurse numeroase şi costisitoare pentru controlul şi menţinerea la un nivel acceptabil a agresivităţii şi deviaţiilor comportamentale, a manifestărilor antisociale şi infracţionalităţii. Între demersurile esenţiale în această direcţie se situează şi formarea unor specialişti de succes în domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice.

Acesta este motivul pentru care ne propunem să realizăm o analiză de tip interdisciplinar a domeniului judiciar, pornind de la identificarea principalelor competenţe necesare unui specialist pentru îndeplinirea cu succes a sarcinilor specifice acestor activităţi complexe.

2. DESCRIERE GENERALĂ A DOMENIULUI

Analizând situaţia la nivel de maximă generalitate, se poate afirma că există două **premise fundamentale** care ghidează permanent activitatea din domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice.

a. Pe de o parte, avem în vedere acele considerente legate de siguranţa efectivă a membrilor societăţii. aceasta fiind una dintre trebuinţele bazale în piramida motivaţională elaborată de Maslow. Ne referim aici la următoarele elemente:

• Elaborarea şi aplicarea coerentă a unor reguli de conduită. Mai exact, acestea sunt prescripţii de norme legale, sociale, morale, profesionale, etc. Forul naţional legislativ (Parlamentul, de obicei) are ca atribuţii elaborarea legislaţiei generale, ca şi a celei specifice diferitelor domenii de activitate. Pornind de la acestea, se pot deduce toate celelalte elemente de mai jos.

• Securitatea fizică, psihologică, socială, economică, etc. a persoanelor şi grupurilor care compun societatea, având mai multe componente:

- eliminarea / reducerea riscurilor de vătămare fizică, psihologică, socială a membrilor unei societăţi. Satisfacerea trebuinţelor de securitate (la nivel individul şi de grup) are o importanţă deosebită în evoluţia societăţii, permiţând trecerea la următoarele niveluri ale piramidei motivaţionale. Securitatea socială constituie un element fundamental în determinarea ritmului şi direcţiei de evoluţie a unei societăţi.
- recuperarea medicală, psihologică, morală, socială, etc. a victimelor infracţiunilor comise. În calitate de victimă se pot situa persoane sau grupuri de persoane care, în mod direct sau indirect, au constituit ţinta unor infracţiuni de diverse tipuri. Din acest punct de vedere. obiectul menţionatei activităţi recuperatorii îl poate constitui fie victima primară (asupra căreia s-a comis efectiv o infracţiune), fie victimele adiacente (secundare sau terţiare), respectiv membri ai familiei, prieteni, colegi, etc. care, intrând în contact cu victima primară, prin mecanismele contagiunii sociale, pot fi afectate de starea medicală şi psihologică a acesteia. Activitatea menţionată constituie, prin excelenţă, domeniul de acţiune predilect al psihologilor. medicilor. asistenţilor sociali;
- înlăturarea şi supravegherea temporară a persoanelor care au comis diverse tipuri de infracţiuni. Este vorba despre extragerea acestora din masa generală a populaţiei, în vederea diminuării gradului de insecuritate socială;
- evaluarea permanentă a potenţialelor riscuri infracţionale şi sociale pe care le implică anumite categorii de persoane sau grupuri. Există. în mod evident, anumite categorii socioprofesionale, grupuri sociale şi comunităţi mai largi care se dovedesc a fi generatoare de comportamente antisociale / infracţiuni

într-o măsură considerabil mai mare decât altele, necesitând astfel o atenţie sporită din partea autorităţilor.
b. Ne referim, pe de altă parte, la recuperarea medicală, psihologică, socială, morală, etc. a infractorilor. Un foarte numeros şi puternic *aparat* al societăţii se ocupă (uneori exclusiv) de această activitate complexă şi foarte costisitoare. Este vorba despre:

- sistemul naţional de asigurare a ordinii publice, care cuprinde atât instituţii publice (poliţie, poliţie locală, jandarmerie, etc.), cât şi organizaţii private de pază şi protecţie. Unele din aceste instituţii – poliţia, mai exact – au (şi) atribuţii legate de investigarea infracţiunilor comise (anchetă judiciară). În schimb, absolut toate îndeplinesc sarcini de prevenţie a comportamentelor infracţionale, ca şi de asigurare a ordinii publice, a securităţii sociale a cetăţenilor;
- sistemul judiciar care, prin instanţele de judecată / tribunale asigură sarcinile de investigare penală, judecată / luarea deciziei judiciare, iar prin serviciile de probaţiune asigură asistenţa necesară infractorilor (inclusiv după eliberarea acestora din penitenciare);
- sistemul privativ de libertate, însărcinat cu instituţionalizarea infractorilor, recuperarea lor medicală, psihologică, socială, morală şi profesională, până la repunerea lor în libertate;
- sistemul de asistenţă socială, compus din instituţii guvernamentale / publice şi private, din organizaţii non-profit, care supraveghează şi acordă suportul de specialitate necesar după eliberarea infractorilor din sistemul privativ de libertate.

3. FORMAREA SPECIALIŞTILOR DIN DOMENIU

Putem identifica, atât la nivel european, cât şi mondial, o multitudine de specializări care conturează, mai mult sau mai puţin, domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice. Între acestea se pot enumera:

- Psihologia legală / medico-legală;
- Psihologia clinică judiciară;
- Psihologia criminalistică şi penologică;
- Bio-detecţia comportamentelor simulate (considerată uneori ca o parte importantă a psihologiei judiciare, iar alteori ca domeniu distinct);
- Psihiatria legală / medico-legală;
- Psihiatria judiciară şi criminalistică.

Într-un mod similar, programele de formare profesională a specialiştilor care activează în acest domeniu sunt extrem de diversificate din punct de vedere al intervalului de timp şi costurilor necesare, al domeniului vizat, al obiectivelor şi conţinuturilor învăţării, al finalităţii sociale şi profesionale urmărite. Cu alte cuvinte, programele de formare academică şi profesională menţionate îşi propun să formeze **seturi diferite de competenţe** în domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice.

4. COMPETENŢE CHEIE ÎN PSIHOLOGIA JUDICIARĂ

Pornind de la multitudinea activităţilor specifice domeniului psihologie judiciare şi criminalistice, analiza multidimensională a sarcinilor concrete pe care le îndeplinesc specialiştii relevă existenţa a două seturi distincte de competenţe-cheie:

- Competenţe primare / fundamentale;
- Competenţe secundare / funcţionale.

I. Competenţele primare / fundamentale se definesc ca acele cunoştinţe, abilităţi, atitudini şi valori bazale pe care ulterior se vor construi / întemeia activităţile specifice pe care psihologul judiciar le va efectua în practica profesională. Cu alte cuvinte, acestea vor constitui fundamentul pornind de la care se vor elabora competenţele secundare / propriu-zis funcţionale.
Competenţe fundamentale specifice domeniului psihologie judiciare şi criminalistice pot fi detaliate după cum urmează:
a. (Competenţa de) Interacţiune interpersonală
Specialiştii în psihologie judiciară sunt capabili de a stabili o relaţii interpersonale adecvate, ca şi de a le dezvolta ulterior cu toate celelalte părţi implicate: infractori, victime, judecători, avocaţi, asistenţi sociali, poliţişti, etc. În cadrul acestei competenţe fundamentale, specialiştii în psihologie judiciară şi criminalistică:

- Demonstrează capacitatea de a interacţiona la nivel interpersonal şi de grup, de a stabili rapid şi eficient relaţii profesionale în practica judiciară;
- Deţin foarte bune abilităţi de comunicare, putând discuta discuta liber şi spontan cu toate categoriile de persoane, supuse sau nu atenţei judiciare, cu care intră în contact;
- Dispun de capacitatea de a identifica potenţialele surse de neînţelegeri, divergenţe şi conflicte;
- Au deprinderea de a transforma rapid o situaţie potenţial conflictuală şi non-cooperantă într-una de tip colaborativ;
- Prezintă abilitatea de a-şi asuma şi juca în mod eficient roluri multiple: evaluator, consilier, trainer, psihoterapeut, etc.;
- Demonstrează imparţialitate / obiectivitate în exprimarea opiniilor profesionale, şi evitând de a exprima puncte de vedere şi convingeri personale;
- Acordă respect persoanelor cu care se relaţionează, ca şi sistemului judiciar de ansamblu;
- Acceptă diferenţele individuale care se manifestă în cursul interacţiunilor profesionale în practica judiciară.

b. (Competenţa de) Diversitate individuală şi culturală.
Legat de această competenţă, psihologii din domeniul judiciar:

- Demonstrează recunoaşterea, acceptarea şi valorizarea diferenţelor individuale şi de grup, a diversităţii sociale şi culturale, a semnelor /simptomelor şi implicaţiilor acestora în domeniul psihologiei judiciare şi criminalistice;
- Recunosc şi acceptă posibilele efecte ale diversităţii individuale, sociale şi culturale asupra practicii judiciare;
- Dispun de capacitatea de educare a propriei persoane privind alte culturi şi subculturi;
- Demonstrează o atitudine non-discriminativă, evitând prejudecăţilor şi stereotipurile sociale în privinţa membrilor altor grupuri sau culturi;

• Conştientizează efectele apartenenţei propriei persoane la un anumit grup sau o anumită cultură şi elimină / reduc impactul acesteia asupra activităţii lor profesionale.

c. Fundamentele etice şi legale. Specialiştii în psihologie judiciară şi criminalistică:
• Demonstrează cunoaşterea aprofundată şi aplicarea consecventă a prevederilor Codului Etic, a ghidului de conduită al profesiei de psiholog, a reglementărilor profesionale şi legale existente, a standardelor şi cerinţelor administrative din domeniul judiciar, integrându-le în conduita profesională;
• Conştientizează şi evită posibilele conflicte de natură etică; în situaţiile în care totuşi acestea sunt inevitabile, procedează la soluţionarea lor rapidă şi eficientă;
• Promovează starea de bine a clienţilor, evitând cu orice preţ provocarea de daune şi asumându-şi în mod direct şi responsabil consecinţele propriilor acţiuni;
• Posedă capacitatea de a percepe în mod adecvat contextele juridice complexe în care se încadrează un anumit caz şi îşi adaptează practica profesională în funcţie de aceste contexte;
• Recunosc şi respectă propria jurisdicţie legală şi profesională;
• Conştientizează şi respectă propriile limite de activitate / de competenţă în practica profesională, prezentându-le într-o manieră onestă clienţilor şi partenerilor de activitate;
• Îşi onorează angajamentele profesionale asumate anterior prin orice tip de convenţie sau contract.

d. (Competenţa de) Identificare profesională. În cadrul acestei competenţe, specialiştii în psihologie judiciară şi criminalistică:
• Demonstrează o bună deţinere a celor mai moderne cunoştinţe din psihologia judiciară şi din domeniile conexe ale ştiinţei;
• Arată o bună cunoaştere a celor mai recente preocupări profesionale din domeniu;
• Demonstrează o bună înţelegere şi asumare a implicaţiilor activităţii prestate, inclusiv a modului în care propriile opinii profesionale, ca şi rezultatele activităţii lor vor fi percepute, evaluate sau utilizate de către celelalte părţi implicate: infractori, victime, judecători, avocaţi, asistenţi sociali, poliţişti, colegi, etc.;
• Explică şi argumentează modul în care au ajuns la formularea unei opinii profesionale;
• Demonstrează bună credinţă în furnizarea unor informaţii exacte către factorii de decizie implicaţi în activitatea judiciară şi susţin acurateţea, imparţialitatea / obiectivitatea datelor respective;
• Nu se identifică cu niciuna dintre părţile implicate într-un proces.

II. Competenţele secundare / funcţionale se referă la principalele activităţi specifice pe care este de aşteptat ca un psiholog judiciar să le îndeplinească. Nu mai este vorba despre simpla deţinere a unor informaţii, ci de transpunerea acestora în practica profesională, prin integrarea cunoştinţelor fundamentale în problema dată, identificarea şi rezolvarea acesteia.

a. (Competenţa de) Evaluare. Referitor la această competenţă, psihologii din domeniul judiciar:
• Colectează informaţii pertinente provenite de la surse multiple, utilizând metode multiple, cu scopul de a asigura o evaluare comprehensivă, validă şi de încredere, ţinând cont de diversitatea socială şi culturală a persoanelor şi contextelor luate în considerare;
• Sunt familiarizaţi cu metodele şi instrumentele de măsurare utilizate în cadrul evaluării psihologice (teste, chestionare, inventare, scale, etc.), fiind capabili să selecteze instrumentele adecvate, să le administreze, scoreze şi interpreteze;
• Sunt capabili să argumenteze alegerea unui anumit instrument de măsurare în detrimentul altuia, avantajele şi dezavantajele instrumentului selectat;
• Susţin şi explică rezultatele obţinute în urma evaluării în faţa unor factori de decizie nefamiliarizaţi cu această problematică, fiind capabili să-şi adapteze discursul în funcţie de persoanele cu care interacţionează;
• Furnizează rapoarte clare ale evaluării şi explicitează pe cale orală rezultatele obţinute, evitând utilizarea unui limbaj de strictă specialitate şi adoptând limbaje alternative, în funcţie de contextul judiciar concret.

b. (Competenţa de) Intervenţie. Specialiştii în psihologie judiciară şi criminalistică:
• Sunt familiarizaţi cu metodele de intervenţie utilizate în domeniul judiciar;
• Sunt capabili să argumenteze alegerea unei anumite metode de intervenţie în detrimentul alteia, pornind de la avantajele şi limitele acestora;
• Anticipează şi analizează impactul demersului de intervenţie în funcţie de cazurile concrete;
• Argumentează şi susţin necesitatea unei intervenţii;
• Dispun de abilitatea de a elabora un plan de intervenţie coerent şi adecvat personalelor implicate şi contextului judiciar specific, ca şi de a-l duce la bun sfârşit;
• Selectează strategiile cele mai eficiente în ceea ce priveşte implementarea intervenţiei, anticipând dificultăţile care ar putea surveni de-a lungul procesului;
• Controlează în mod eficient procesul de intervenţie, în cursul diferitelor etape ale acestuia;
• Se raportează permanent la obiectivele planificate şi rezultatele anticipate ale demersului de intervenţie, introducând corecţiile necesare, atunci când constată eficienţa scăzută sau întârzierea în atingerea acestora.

c. (Competenţa de) Consiliere / oferire de consultanţă. Legat de această competenţă funcţională, psihologii judiciari:
• Recunosc şi îşi asumă diferite roluri de consiliere / consultanţă în context judiciar;
• Anticipează dificultăţile care ar putea surveni în adoptarea unui anumit rol profesional;
• Decid cu bună credinţă în ceea ce priveşte asumarea sau evitarea unui anumit rol;
• Identifică, evită sau soluţionează în mod obiectiv posibilele conflicte de interese în adoptarea diverselor roluri profesionale;

• Demonstrează abilitatea de a furniza servicii de consultanţă / consiliere, prin aplicarea în practica profesională a cunoştinţelor, deprinderilor, abilităţilor pe care le deţin.

d. Aplicaţii ale cunoştinţelor ştiinţifice fundamentale. Specialiştii în psihologie judiciară şi criminalistică:
• Utilizează cunoştinţele ştiinţifice fundamentale, ca şi cele din literatura de specialitate în practica psihologiei judiciare;
• Se preocupă de a fi la curent cu informaţiile ştiinţifice şi profesionale recente, în scopul aplicării în activitatea profesională.

e. (Competenţa de) Supervizare / Furnizare de formare / Managementul activităţii judiciare. Psihologii judiciari şi criminalişti:
• Posedă un nivel de cunoaştere adecvat privind standardele profesionale, competenţele fundamentale din contextul judiciar, ca şi metodele de supervizare, în scopul de a putea superviza alţi specialişti din domeniu, ca şi pentru instruirea unor studenţi sau chiar formatori / traineri;
• Demonstrează o foarte bună cunoaştere a standardelor etice şi de conduită profesională, a standardele de competenţă profesională în ceea ce priveşte supervizarea, furnizarea de formare profesională şi managementul activităţii judiciare;
• Cunosc şi anticipează posibilele probleme care pot surveni în supervizarea, furnizarea de formare profesională şi managementul activităţii judiciare;
• Posedă capacitatea de a soluţiona problemele şi conflictele menţionate;
• Dispun de abilitatea de a planifica, implementa şi evalua calitatea actului de supervizare, formare şi management al activităţii profesionale în practica judiciară.

5. CONCLUZII

Analiza interdisciplinară a activităţilor generale şi a sarcinilor specifice pe care psihologii judiciari şi criminalişti le îndeplinesc în practica profesională relevă existenţa unor seturi complexe de competenţe (definite prin cunoştinţe şi abilităţi, prin atitudini şi valori bine conturate). În mod evident, programele de formare ar trebui să evite tendinţa de limitare la un singur domeniu ştiinţific specific (fie psihologie, fie medicină / psihiatrie, fie ştiinţe juridice).
Singura soluţie de succes în formarea unor specialişti care să excelеze în practica judiciară devine, în acest context, conceperea şi organizarea unor programe interdisciplinare de studiu (atât la nivel academic, cât şi profesional), cu atât mai mult cu cât toate aceste specializări sunt considerate profesii liberale, dispunând în consecinţă de grade ridicate de libertate în organizarea şi derularea programelor de formare.

6. BIBLIOGRAFIE

British Psychological Society (2006a). *Assessment of capacity in adults: Interim guidance for psychologists.* Leicester.
British Psychological Society (2006b). *Code of ethics and conduct.* Leicester.
British Psychological Society (2005). *Code of good practice for psychological testing.* Leicester.
British Psychological Society (2007). *Child protection portfolio.* Leicester.
British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology.* Leicester.
British Psychological Society (2007). *Expert witnesses: Guidance and procedure for England and Wales.* Leicester.
British Psychological Society. Division of Occupational Psychology (2006). *Guidelines for professional practice and conduct of occupational psychologists.* Leicester.
British Psychological Society. Division of Counselling Psychology (2007). *Guidelines for Supervision.* Leicester.
British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people.* Leicester.
British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist.* Leicester.
British Psychological Society.Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines.* Leicester.
British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook,* http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec (accesat 12.10.2012).
Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology.* Cambridge University Press, Cambridge.
Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions),* Oxford University Press, New York.
Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts,* John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.
Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling,* CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.
Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions,* John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.
Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
Kat, B. (1994). Confidentiality in the NHS. *The Psychologist, 7*(11), 485.
Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition).* John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide, (2nd edition).* Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.

Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations.Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), Quality management in higher education, UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.

Milcu, Marius (2010). Consideraţii privind delincvenţa juvenilă: cauzalitate şi implicaţii sociale. Individualitate vs. integrare socială", in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative*, Ed. Univ. Bucureşti, pp. 164-167.

Milcu, Marius (2010). Devianţă socială vs. delincvenţă juvenilă. O abordare cauzală, in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative*, Ed. Univ. Bucureşti, , pp. 168-171.

Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. &International Conference on Engineering and Business Education* , Ed. Univ. „Lucian Blaga", Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.

Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy.* Jessica Kingsley Publishers, London.

Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Schuller, R.A., & Ogloff, J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives.* University of Toronto Press, Toronto.

Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology*, Willey-Blackwell.

Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOLOGIA GRUPURILOR MICI ÎN MEDIUL INFRACȚIONAL. STUDIU DE CAZ

MARIUS MILCU
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

REZUMAT: Articolul de față are ca obiect de studiu un grup cu o bogată activitate infracțională, obiectivul nostru fiind de a realiza o analiză psihologică, comportamentală și socială aprofundată a fiecărui membru al acestuia, propunându-ne să utilizăm o perspectivă de tip *profiler* în analiza individuală și socială a a grupului respectiv.
Metoda de cercetare utilizată este studiul de caz, instrumentarul fiind, la rândul lui, extrem de diversificat. Concluziile relevă importante implicații privind cauzalitatea actelor infracționale, ca și oportunitățile efective de recuperare și reinserție școlară / socială a membrilor grupului.

Cuvinte cheie: grup infracțional, infracțiune, delincvență, traiect infracțional, recuperare socială, reinserție socială, predicție comportamentală.

1. INTRODUCERE

Grupul infracțional pe care îl analizăm în cursul acestui articol s-a constituit și a acționat de-a lungul a 19 luni, dovedindu-se deosebit de activ la nivel infracțional și de periculos pentru comunitatea în care s-a manifestat. Vârsta precoce a majorității membrilor, conducerea acestora de către un infractor recidivism, evident mai experiementat și mai agresiv social, caracterul aparent sporadic și imprevizibil al modului de acțiune, zona de acțiune extinsă la nivelul unui întreg oraș au făcut din acest grup infracțional un adversar redutabil pentru forțele de ordine.
Datorită modului specific de acțiune și ratei maxime de reușită infracțională, s-au depus eforturi considerabile pentru capturarea grupului menționat, fără succes însă pentru o bună perioadă de timp. S-a încercat inclusiv atragerea în capcane, pe care forțele de ordine le-au întins în repetate rânduri, lansându-se informații cu privire la iminenta plecare în străinătate a unor persoane cunoscute ca fiind bine situate, bogate, locuințele acestora fiind supravegheate ulterior de către Poliție. Pentru multă vreme, rezultatele au întârziat să apară.
Grupul infracțional a fost capturat, în cele din urmă, din pură întâmplare, atunci când unul dintre membrii acestuia (minor de 13 ani, însărcinat cu vinderea bunurilor sustrase) a încercat să vândă un telefon mobil tocmai unui polițist aflat în timpul liber. Adus la sediul Poliției și supus unei anchete sumare, acesta a început să dezvăluie treptat activitatea grupului și identitatea membrilor săi.
Elucidarea acestor aspecte constituie obiectul prezentului articol.
Notă: Pentru informații suplimentare privind profilul psiho-comportamental al fiecărui membru al grupului infracțional analizat, consultați articolul *Analiza psiho-dinamică a grupului infracțional* (Marius Milcu, 2013), unde sunt prezentate detaliat următoarele aspecte:

- compoziția grupului;
- antecedente medicale și psihologice:
- distribuția sarcinilor;
- istoria grupului infracțional:
- alte persoane implicate;
- familiile de proveniență;
- relevanța datelor recoltate în urma investigațiilor realizate de către poliție, asistența socială, servicii de psihologie, etc.;
- relațiile interpersonale (atracție și respingere la nivel interpersonal) în cadrul grupului infracțional:
- modus operandi;
- măsurile judiciare luate împotriva grupului infracțional;
- posibilitățile de recuperare și reinserție socială a delincvenților:
- aspecte care nu au făcut obiectul investigației.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Metoda utilizată este cea a studiului de caz.
Instrumentele pe care le-am aplicat în vederea atingerii obiectivelor de cercetare sunt următoarele:

- Analiza documentelor (depoziții, mărturii, etc);
- Anamneza;
- Interviul cu diverse persoane (membrii grupului, polițiști, avocați, profesori, membrii familiilor celor implicați, etc.)
- Testele psihologice;
- Sociometeria.

3. REZULTATELE CERCETĂRII

SUBIECTUL S1 (*MÂNA* GRUPULUI)

Vârsta: 16 ani.
Sex: masculin.
Faptele care formează obiectul inculpării: furt.
Mediul familial și social
Locuiește cu bunicii materni și cu fratele de mamă (acesta fiind în vârstă de 26 de ani) în localitatea L., într-o locuință acoperită cu tablă, iluminată electric, formată din două camere și bucătărie. Locuința respectivă nu oferă condiții de trai satisfăcător, aflându-se într-o stare de degradare avansată și necesitând reparații / îmbunătățiri multiple. Minorul a fost crescut de mic de bunici, declarând că nu îl cunoaște prea bine pe tatăl său.
Provine dintr-o familie destrămată, mama lui fiind recăsătorită de mai multe ori, având relații de

concubinaj cu mai multe persoane. Aceasta locuieşte în prezent în altă localitate, lucrând ca dulgher la o firmă de construcţii. Mama minorului pastrează o legatură lipsită de continuitate cu el şi fratele lui, din declaraţiile acestuia rezultând că, în general, obişnuia să treacă pe la casa bunicilor doar de câteva ori pe an. De asemenea, aceasta se implică foarte rar în susţinerea materială a copiilor. Tatăl minorului a părăsit familia în urmă cu 10 ani, acesta nefiind sub nicio formă interesat de soarta copiilor.

Veniturile familiale sunt foarte mici, fiind formate din pensia bunicilor şi din câstigurile obţinute de către fratele mai mare al minorului din munca prestată „cu ziua" la diverse persoane din sat.

Anturajul lui S1 este format îndeosebi din minori de vârste diferite. În ultimele luni a fost văzut în permanenţă împreună cu ul alt minor, implicat şi el în acest caz.

Minorul nu are un comportament decent / respectuos în raport cu persoanele în vârstă, permiţându-şi foarte frecvent replici şi reacţii mai mult sau mai puţin impertinente. În schimb, în timpul în care s-a aflat în arestul Poliţiei, acesta a avut un comportament cât se poate de cooperant. Bunicii nu au cunoscut implicarea minorului în comiterea infracţiunilor de furt.

Evoluţia situaţiei şcolare şi profesionale

Minorul a frecventat Şcoala Generală, dar în clasa a VI-a a rămas repetent la disciplinele *Matematică şi Limba română*. Astfel, minorul a abandonat şcoala, principalele motive ale abandonului fiind scăderea randamentului şcolar, frecvenţa ridicată a abaterilor de la normele de conduită din şcoală, precum şi lipsa controlului şi a susţinerii din partea familiei. Nu are niciun fel de preocupări intelectuale şi nici nu prezintă vreun interes pentru activităţi sportive.

A afirmat că, după împlinirea vârstei de 18 ani, intenţionează să presteze diferite munci agricole, care să-i aducă un venit minim de subzistenţă.

Traiect infracţional

Minorul se afla de mai multă vreme în atenţia Poliţiei din localitate, fiind deseori verificat şi audiat, deoarece a mai fost implicat într-un caz de furt de fier vechi dintr-o gospodărie din sat. Datorită faptului că era sub observaţia politiei, tânărul a hotărât să plece din localitate, stabilindu-se temporar în localitatea M., locuind cu chirie într-o casă particulară.

Începând cu luna mai 2005 a comis un număr de peste 20 de infracţiuni de furt din locuinţe. El şi-a recunoscut fără ezitare faptele de care este acuzat. Chiar mai mult, acesta a dezvăluit poliţiştilor o serie de informaţii care nu apăreau ca sesizări din partea cetaţenilor, care nu figurau în evidenţele operative ale Poliţiei.

Toate infracţiunile săvârşite le-a comis împreună cu alţi minori, declarând că nu a operat niciodată singur şi pe cont propriu.

Din punct de vedere fizic se caracterizează printr-o talie mică, fapt care i-a permis să se strecoare cu uşurinţă prin spaţii mici (este vorba despre ferestrele deschise ale locuinţelor) şi să-şi însuşească o serie de obiecte şi bani pe care le găsea în locuinţe. Nu observa din timp sau nu observa un timp îndelungat apartamentul sau casa unde urma să acţioneze, bazându-se întotdeauna pe suportul grupului, toţi membrii acestuia aflându-se în imediata apropiere. Nu avea o preferinţă deosebită în alegerea obiectelor, sustrăgând de regulă obiectele care se aflau în proximitatea sa şi evitând scotocirea sistematică a locuinţei. Acest fapt îi permitea să rămână în incita locuinţelor vizate foarte puţin timp, diminuând astfel asumarea unor riscuri inutile.

De mai multe ori a plătit chiria percepută de gazdă cu bunurile sustrase. Obiectele însuşite fraudulos erau ulterior vândute la preţuri mult sub valoarea lor reală, banii obtinuţi în acest mod fiind folosiţi pentru procurarea de mâncare sau fiind risipiţi, în general, la jocuri de noroc de tip electronic.

Recunoaşte faptele comise, fiind cooperant pe timpul derulării anchetei şi investigatiilor.

În prezent se află în faza de judecată.

Antecedente patologice si psihiatrice

Fără probleme de sănătate, nedeclârand antecedente de ordin medical în perioada copilăriei. Expertiza psihiatrică a pus în evidenţă faptul că nu prezintă tulburări de natură să-i afecteze discernământul.

Evaluarea psihologică

Nivelul de inteligenţă este mediu. Este dotat cu o memorie bună şi cu capacităţi de gândire deductivă de nivel acceptabil. Abilităţile de tip scris – citit, calcul matematic se situează la un nivel mediu.

Testul de personalitate evidenţiază o instabilitate emoţională puternică. Este introvertit, deprins cu minciuna. Personalitatea subiectului este structurată pe un fond temperamental melancolic. În plan afectiv, reacţionează brutal faţă de oameni. Deşi resimte şi conştientizează starea de singurătate, în mod paradoxal pare să o prefere. Acuză o dispoziţie proastă, tristeţe. Imaturitate afectivă.

Exprimă o concepţie egocentrică, atitudine de neîncredere şi suspiciune faţă de ceilalţi. Prezintă dificultăţi majore de adaptare la mediu. Stima de sine este scăzută. Contactele sociale sunt limitate şi dificile, iar nevoia de putere se dovedeşte a fi importantă. Din aceste motive, de altfel, afirmă că grupul infracţional era condus de el, fapt care nu este adevărat.

Atitudinile morale sunt neconturate, iar cele religioase lipsesc cu desăvârşire. Are o atitudine cât se poate de tolerantă faţă de devianţă, normele sociale fiind considerate drept nesemnificative.

Prezintă dificultăţi de relaţionare deosebit de pronunţate, fiind o fire introvertită, puţin interesată de comunicare, de cunoaşterea altor experienţe de viaţă. De remarcat faptul că este cu totul refractar la sfaturile şi recomandările celor din jur.

Comportamentul pe timpul aplicării probelor: nu a fost refractar la administrarea probelor. A manifestat însă o stare de oboseală accentuată şi a facut multe pauze, dorind să fumeze. Nu i-a plăcut în mod deosebit să comunice, informaţiile date fiind foarte scurte şi sărăcăcioase.

Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de trai: Mobilul acţiunilor de furt l-a constituit, conform declaraţiilor sale, lipsa banilor necesari procurării mijloacelor elementare de subzistenţă (hrană, îmbrăcăminte, etc).

Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune: Nevoia de putere, stima de sine scăzută, complexele de inferioritate.

Influenţa prietenilor, curiozitatea, teribilismul, nevoia de bani.

Perceperea stării de fapt: se simte bine în grupul din care face parte şi pe care îşi doreşte să îl conducă; nu intenţionează să-şi găsească un loc de muncă, care să-i permită să renunţe la acest mod de viaţă. Accentuează responsabilitatea altora fată de situaţia şi faptele lui, fiind lipsit de orice tendinţă de autoculpabilizare.

Predicţii comportamentale: în absenţa oricărui control din partea familiei şi a şcolii, este foate posibil ca acest comportament să remită. De aceea este necesară o intervenţie socială de instituţionalizare, în cadrul căreia să aibă asigurată consilierea psihologică suportivă sau chiar intervenţia terapeutică.

SUBIECTUL S2

Vârsta: 14 ani

Sex: masculin

Domiciliul: localitatea M.

Faptele care formeaza obiectul inculparii: furt.

Mediul familial si social

Creşte într-o famile aparent consolidată şi organizată. Ambii părinţi sunt şomeri, beneficiind de ajutor de somaj. Are un frate mai mic. Locuinţa dispune de un confort acceptabil, fiind formată din două camere plus dependinţe, copilul neavând camera lui.

Din punct de vedere material, situaţia familiei este necorespunzătoare. Cele mai multe sarcini şi le atribuie mama, prin forţa împrejurărilor, fiind ajutată sporadic de catre soţ si copii. Tatăl ţine legătura cu şcoala şi pare sincer interesat de evoluţia şcolară a copiilor. Zilnic mama îţi petrece timpul cu copiii, exercitând însă un control nu îndeajuns de strict asupra preocupărilor acestora.

Relaţiile cu fratele cel mic se caracterizează prin respect şi afecţiune. Este ataşat de mamă, temându-se în schimb de autoritatea tatălui, cu toate că acesta nu a vut vreodată tendinţe de agresiune asupra lui.

Evoluţia situaţiei şcolare şi profesionale

Este elev în clasa a IX-a la un Grup Şcolar Industrial. Rezultatele la învăţătură obţinute până în prezent nu sunt tocmai satisfăcătoare, notele sale fiind cuprinse în intervalul 5-6. Tatăl declară că tânărul învaţă zilnic în medie trei ore. Este destul de frecvent certat pentru rezultatele slabe obţinute la învăţătură, îndeosebi de către tatăl lui.

Observaţiile directorului instituţiei şcolare conduc la constatarea că părinţii sunt dezinformaţi sistematic asupra grupului stradal din care copilul face parte.

La şcoală, colegii îl marginalizează, lucru care, cel puţin în aparenţă, nu îl afectează.

Lipsa motivaţiei pentru învaţare s-a observat începând din clasa a VI-a şi are la bază (potrivit declaraţiilor sale) indiferenţa părinţilor faţă de acest aspect (???!!!). Astfel, situaţia şcolară s-a menţinut în zona *mediocru* spre *slab*, elevul mulţumindu-se cu medii la limita promovării. Nu a manifestat nici un interes deosebit pentru vreo disciplină anume.

Începând din clasa a VII-a a început antrenamentul sportiv la un club de fotbal din localitate, în consecinţă numărul absenţelor crescând substanţial.

Traiect infractional

Minorul are numeroşi prieteni în cartier, având un anturaj de băieţi răufăcători de diferite vârste, care l-au folosit la ascunderea şi la vânzarea unor lucruri furate (în special telefoane mobile). Din cercetările întreprinse, ca şi din declaraţiile sale şi ale celorlalţti infractori, a rezultat faptul că minorul S2 nu a participat efectiv la sustragerea bunurilor din locuinţe.

În perioada în care a aderat la grupul infracţional, tatăl său nu se afla în localitate, stând la spital cu mama minorului, acesta din urmă rămânând nesupravegheat. În acel moment, mama lui a suferit o intervenţie chirurgicală, fiind internată în spital.

În prezent a fost scos de sub urmarire penală, fiind doar amendat.

Antecedente patologice si psihiatrice

Nu se cunosc antecedente patologice cu valoare semnificativă. Expertiza psihiatrică a pus în evidenţă faptul că nu prezintă tulburări de natură a-i afecta discernământul.

Evaluarea psihologică

Sub aspect intelectual, rezultatele testului relevă un coeficient de inteligenţă mediu. Abilităţile scris-citit, calcul matematic se situează, de asemenea, la un nivel mediu.

Prezintă caracteristicile obişnuite ale unui eu slab: emotivitate, imaturitate afectivă, instabilitate psihică. Reacţionează la frustrare într-o manieră preponderent emoţională. Inconstant în atitudini şi interese, este excitabil şi hiperactiv. Este neliniştit, foarte implicat în conflicte, agitat.

Nivelul scăzut al maturităţii psihice se datorează mai ales carenţelor afective din familie. Stima de sine este relativ scăzută. Prezintă o capacitate sporită de disimulare, în încercarea de a face o impresie bună. Are o toleranţă scăzută la frustrare, însoţită de iritabilitate, de scăderea capacităţii de autocontrol.

Are un temperament coleric. Manifestă o puternică dorinţă de libertate, în special financiară, dorinţă care este absolut nejustificată.

Comportamentul pe timpul aplicarii probelor

Subiectul a lucrat destul de greu, cu numeroase erori, nereuşind să se încadreze în timp, punând multe intrebari care nu erau necesare. Se poate afirma că nu a fost refractar la administrarea probelor.

Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune

Invocă aproape permanent lipsa de bani drept cauză principală a comiterii infracţiunii. A declarat că a vrut să-şi ajute familia (mama) cu banii obţinuţi. Prin aceasta, s-a dovedit a fi mincinos, deoarece nu a folosit banii pentru scopul menţionat. Dimpotrivă, banii respectivi au fost cheltuiţi în săli de internet, la jocuri pe calculator.

Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune

Influenţa prietenilor, curiozitatea, teribilismul, nevoia de bani pentru distracţii.

Perceperea stării de fapt

Recunoaşte fapta comisă, fiind cooperant pe timpul anchetei şi investigaţiilor.

Afirmă că regretă ceea ce a facut, nu doreşte să mai relaţioneze cu niciunul dintre membrii acestui grup. Doreşte să treacă repede peste acest eveniment, să

meargă la şcoală şi să-şi îndrepte situaţia şcolară şi comportamentul.

Predicţii comportamentale

Este necesar un control susţinut al activităţii copilului în cadrul grupului stradal, pentru a-l feri de alte influenţe nefaste, de aparentele beneficii ale unor comportamente deviante. Dacă familia şi şcoala vor acţiona pozitiv asupra copilului, acesta se va putea reintegra afectiv şi relaţional, având potenţial de a depăşi acest moment.

SUBIECTUL S3

Vârsta: 16 ani.

Sex: masculin.

Domiciliul: localitatea M.

Faptele care formează obiectul inculpării: furt.

Mediul familial şi social

Familia este organizată, fiind formată din cei doi părinţi, o fiică şi patru băieţi, subiectul fiind cel mai mic ca vârstă. Toţi ceilalţi copii au câte un loc de muncă.

Apartamentul este proprietate personală, având în compunere două camere plus dependinţe. Locuinţa este modest mobilată, dar destul de bine întreţinută şi dotată cu strictul necesar.

Mama are studii medii (10 clase), fără loc de muncă, beneficiind de ajutor de somaj. Tatăl este angajat ca zugrav la o firmă de construcţii, având un salariu modest. De asemenea, acesta mai desfaşoară şi alte activităţi (în special amenajari interioare) în regim propriu, fiind însoţit de băieţii săi la aceste activităţi, frecvent întorcându-se acasă destul de târziu.

Din analiza documentelor, a discuţiilor purtate, rezultă că familia este una obişnuită, fără a ieşi în relief prin ceva anume. Climatul şi atmosfera atât dintre părinţi, cât şi dintre părinţi şi copii este unul de înţelegere, fără certuri şi neînţelegeri majore.

Evoluţia situaţiei şcolare şi profesionale:

În prezent, minorul este elev în clasa a X-a la un Grup Şcolar Industrial din localitate. Rezultate şcolare sunt satisfăcătoare.

Subiectul declară că pe parcursul şcolarităţii nu a înregistrat abateri de la normele impuse, s-a adaptat cu uşurinţă la mediul şcolar, având rezultate bune la învăţătură, numărul de absenţe înregistrate fiind mic. Toate aceste elemente au fost confirmate şi de către conducerea şcolii.

Recunoaşte că, de regulă, era neglijent în pregătirea lecţiilor, alocând puţin timp, preferând să copieze temele de la alţii. În majoritatea timpului liber preferă să se întalnească cu diferiţi prieteni şi să hoinărească prin oraş.

Traiect infractional

Este acuzat că a participat la comiterea a 7 infracţiuni. Subiectul cunoştea intenţiile celorlalţi membri ai grupului infracţional, dar declară că nu a participat *activ* la comiterea infracţiunilor respective. Deşi, după afirmaţiile sale, a conştientizat pericolul faptelor, acesta a continuat să participe la acţiunile de furt, însuşindu-şi o parte din bunurile sustrase şi din bani.

În prezent se află în faza de judecată.

Antecedente patologice şi psihiatrice

Starea de sanatate este bună, subiectul neprezentând aspecte de natură patologică.

Evaluarea psihologică

Nivel bun de inteligenţă (mediu-superior).

Destul de neglijent în ţinută şi în activitate, impulsiv. Este uşor adaptabil. Stare de abandon în faţa impresiilor momentului. Foarte uşor influenţabil.

Dispune de o percepţie complexă, având un foarte bun spirit de observaţie. A încercat pe parcursul anilor diverse experienţe relaţionale, ceea ce îi uşurează comunicarea cu persoane de diferite vârste şi de diferite condiţii sociale. Are o exprimare uşoară şi corectă gramatical, ca şi un vocabular destul de bogat. Prin vestimentaţie şi comportament, reuşeşte să suscite încredere celor din jur.

În cadrul grupului infracţional era sociabil, simpatizat de majoritatea membrilor, analiza sociometrică punând în evidenţă cel mai mare indice preferenţial.

Temperament flegmatic. Nivelul de cultură este mediu, minorul fiind adept al stilului de viaţă de cartier şi dispunând, în consecinţă, de limbaj, vestimentaţie, valori, norme şi practici sociale specifice.

Comportamentul pe timpul aplicării probelor

Subiectul doreşte să pară calm, reţinut, uneori chiar nepăsător. Cu toate acestea, s-a dovedit a fi extrem de sensibil, în două rânduri izbucnind în plans pe timpul interviului. Este rezistent la solicitări repetitive, îndelungate.

Motivatia declarată a alegerii acestei variante de actiune

Minorul a invocat permanent drept cauză starea de sărăcie în care trăieşte familia.

Potrivit spuselor sale, deşi simţea teama şi frica, lipsa de bani l-ar fi determinat să participe la săvârşirea acestor infracţiuni. Aceste afirmaţii sunt însă de natură să indice o anumită tendinţă de disimulare / de falsificare a realităţii, deoarece nivelul veniturilor din familie, deşi modest, permite totuşi satisfacerea nevoilor fundamentale ale tuturor membrilor ei.

Motivatia reală a alegerii acestei variante de actiune

Nevoia de bani pentru procurarea de alcool, influenţa nepotrivită a grupului de prieteni, anturajul nepotrivit, teribilismul.

Deşi neagă faptul că obişnuieste să consume alcool, ceilalţi membri ai grupului au declarat că deseori subiectul obişnuia să o facă. Astfel, o mare parte din banii obţinuţi îi cheltuia pe procurarea şi consumul de alcool. De cele mai multe ori, acesta ajungea la o stare de ebrietate avansată.

Perceperea stării de fapt

Sentiment de ruşine, vinovăţie, izolare. Conştientizează anturajul nefast şi îi pare rău de situaţia în care a ajuns.

Predicţii comportamentale

Subiectul necesită, în mod indicutabil, o supraveghere intensă atât din partea familiei, cât şi a şcolii, în cadrul căreia să aibă asigurată consiliere psihologică suportivă sau chiar intervenţie terapeutică, pentru reducerea / eliminarea consumului de alcool din existenţa sa.

SUBIECTUL S4

Vârsta: 13 ani.

Sex: masculin.

Domiciliul: localitatea L.

Faptele care formează obiectul inculpării: furt.

Mediul familial şi social.
Provine dintr-o familie puternic dezorganizată, aflată în criză, având un nivel redus de aspiraţii. Tatăl subiectului a părăsit familia în urma cu 3 ani, dar nu a rupt relaţiile cu mama subiectului şi cu ceilalţi membri ai familiei. Apartamentul deţinut anterior a fost vândut de către mama copilului.
Familia este foarte numeroasă, fiind compusă din 9 copii (7 băieti şi 2 fete), cu vârste cuprinse între 13 şi 27 de ani. Fratele cel mai mare al subiectului este încarcerat, la ora actuală, în Penitenciarul de maximă securitate Jilava. Un alt frate este plecat de acasă de 4 ani, iar despre acesta nu se cunosc niciun fel de informaţii.
Relaţiile dintre tată şi subiect au fost foarte tensionate, copilul declarând ca tatăl său venea beat acasă şi îl bătea în permanenţă, de cele mai multe ori fără motiv. Tratamentul aplicat minorului era extrem de dur, acesta declarând că prefera orice altceva decât să se mai întoarcă acasă. Comportamentul agresiv al tatălui, determinat îndeosebi de consumul exagerat de alcool, se răsfrangea, de asemenea, şi asupra celorlalţi membri ai familiei, care beneficiau la rândul lor de acelaşi tratament. Acest lucru a fost confirmat şi de către mama subiectului.
Nici între mamă şi subiect relaţiile nu erau tocmai fireşti, mama acestuia recunoscând că nu o interesează câtuşi de puţin soarta copilului, deoarece *nu se poate înţelege cu el şi are alte priorităţi*. Mama minorului a argumentat că trebuie să se ocupe mai ales de fete, care sunt *cuminţi şi ascultătoare*.
Minorul are relaţii interpersonale neutre cu ceilalţi fraţi şi surori, fără a fi apropiat în mod particular de vreunul dintre aceştia.
Evoluţia situatiei şcolare şi profesionale
A fost înscris la şcoala generală din localitate, dar a abandonat-o în clasa a VI-a (2004), ramânând corigent la disciplinele Chimie şi Limba Română. Din ancheta socială întreprinsă, rezultă că subiectul nu manifestă interes pentru activitatea şcolară, în plus având în repetate rânduri abateri comportamentale grave.
Din discuţiile purtate cu subiectul, a reieşit faptul că acesta nu a fost prea interesat de evolutia şcolară, deoarece profesorii *nu-i acordau atenţie, îl persecutau*, iar acasă *evoluţia sa şcolară nu interesa pe nimeni*.
Traiect infracţional
Pe fondul unor trăsături comportamentale neadecvate, minorul a intrat deseori în contradicţie cu părinţii, fraţii şi surorile, cu vecinii, profesorii şi chiar cu alţi copii / colegi. De la vârste fragede s-au înregistrat fuga de acasă, vagabondajul, absenteismul şcolar, dar şi numeroase acte agresive, violente.
Subiectul mai are antecedente infracţionale de acelaşi tip, fiind bănuit că a mai participat în trecut şi la alte infracţiuni de furt. Din discuţiile purtate cu mama subiectului, rezultă că în trecut aceasta l-a predat organelor de Poliţie, în momentul în care a luat la cunoştinţă de faptele comise de către copil.
Datorită mediului familial necorespunzător. a abandonului şcolar, datorită atitudinilor frecvente de respingere afectivă şi de limitare a libertăţii. prin sancţiuni exagerat de severe, minorul şi-a găsit rapid suportul afectiv în cadrul grupului infracţional. În urma divergenţelor avute cu mama sa, minorul a plecat de acasă, stabilindu-se împreună cu S1 într-o altă localitate, în locuinţa în care acesta locuieşte în chirie.
Subiectul a participat la comiterea a 21 fapte. A recunoscut cu uşurinţă faptele comise, inclusiv alte infracţiuni săvârşite cu mult timp în urmă, pe care Poliţia nu i le atribuia acestuia.
Antecedente patologice şi psihiatrice
Starea sănătăţii este foarte bună. Nu prezintă tulburări de natură să-i afecteze discernământul.
Evaluarea psihologică
Inteligenţa subiectului este de nivel mediu-inferior. Abilităţile de scriere-citire, ca şi cele de calcul matematic sunt rudimentare.
Prezintă o conduită insensibilă, arogantă si dispreţuitoare. Manifestă iritabilitate, impulsivitate şi agresivitate la contrariere, opoziţie sau incitare. Prezintă o torelanţă redusă la frustrare, ca şi un prag foarte scăzut la descărcare prin violenţă. Mai mult decât atât, are o tendinţă pronunţată de a-i blama şi a-i injuria pe alţii pentru comportamentul lui infracţional (familia, rudele, fraţii, etc.).
Dă dovadă de instabilitate psihică, la fel şi în plan relaţional şi emoţional. La incapacitatea de a menţine relaţii interpersonale autentice se adaugă imposibilitatea de a desfaşura o activitate impusă pentru o perioadă mai lungă de timp.
Subiectul nu este deloc docil, ci dimpotrivă. se manifestă violent, obraznic, agresiv, necioplit. Se constată lipsa aprofundării şi evaluării adecvate a consecinţelor actelor comise, minorul fiind complet indiferent în ceea ce priveşte destinul său.
Prezintă iritabilitate, imaturitate afectivă, dificultăţi de autocontrol şi autoreglaj, intoleranţă la frustrare. Stima de sine este scăzută. Nu pare să aibă capacitatea de a surmonta o situaţie oarecare de frustrare. Dă dovadă de un egoism exacerbat.
Temperamentul său este de tip coleric.
Comportamentul pe timpul aplicării probelor
Minorul a acceptat administrarea probelor, dar s-a plictisit destul de repede. Deşi nu s-a simţit în largul său, a făcut frecvent diverse comentarii.
Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune
Potrivit declaraţiilor minorului, furtul este singurul mod de procurare a celor necesare traiului, iar grupul infracţional constituie singura familie adevărată pe care a avut-o vreodată.
Motivatia reală a alegerii acestei variante de acţiune
Nivelul de viaţă şi statutul economic al familiei, gradul de instruire şi educaţie al părinţilor au favorizat abandonul şcolar al subiectului, pe fondul unor norme şi valori sociale incerte.
Grupul infracţional l-a adoptat şi l-a socializat rapid, în absenţa oricărui control exercitat de către familie.
Conduitele agresive ale tatălui faţă de copii in familia de origine l-au împins pe minor spre comportamentele deviante.
Perceperea stării de fapt
Minorul nici măcar nu se oboseşte să afişeze regret sau resemnare. Se poate remarca uşor lipsa oricăror sentimente de vinovăţie în ceea ce priveşte actul infracţional.

Predicţii comportamentale
Întrucat, ca şi până în acest moment, estimăm că subiectul nu va beneficia de suport material şi afectiv din partea părinţilor, este foarte posibil ca el să repete aceste acte de infracţionalitate. De aceea considerăm că se impune internarea într-un centru de reeducare / penitenciar de minori, unde va primi asistenţă de specialitate.

SUBIECTUL S5 (LIDERUL GRUPULUI)

Varsta: 20 ani.
Sex: masculin.
Domiciliul: locuieşte cu chirie în localitatea M.
Faptele care formează obiectul inculpării: furt.
Mediul familial si social
Familie dezorganizată, caracterizată printr-o severitate excesivă şi nepotrivită. Conform declaraţiilor sale, a fost supus vreme îndelungată la tratamente abuzive în interiorul familiei. Nu a oferit informaţii suplimentare în această privinţă.
Nu a dorit să ofere multe date despre familia sa. Nu ştie (sau nu vrea să amintească nimic) despre tatăl său. Despre mamă relatează doar câteva elemente, cu caracter neutru. Vorbeşte admirativ despre bunicii săi materni, care l-au crescut şi care au decedat de curând. Afirmă că intenţionează să se stabilească la casa acestora, undeva într-un alt judeţ şi că doreşte să-şi întemeieze o familie.
Evoluţia situaţiei şcolare şi profesionale
Slabe rezultate şcolare, dezinteres şi absenteism. A abandonat şcoala cu 4 ani în urmă, pe când era în clasa a X-a.
A lucrat în mai multe locuri, fără carte de muncă. A motivat desele schimbări prin faptul că patronii nu mai aveau nevoie de serviciile lui. Afirmă că doreşte să aibă o slujbă care să-i permită satisfacerea nevoilor elementare ale existenţei.
Traiect infracţional :
Subiectul este **recidivist**. A mai fost condamnat o dată pentru furt calificat. Violenţa verbală şi comportamentală reprezintă modurile sale obişnuite de relaţionare cu mediul social, de comunicare.
Pedeapsa primită anterior nu l-a determinat să-şi revizuiască modul de viaţă sau sistemul de valori.
Din totalul infracţiunilor comise de grupul infracţional, a participat la comiterea a două fapte infracţionale, după cum reiese din dovezile existente în dosarul său judiciar.
În prezent se află în faza de judecată.
Antecedente patologice şi psihiatrice
Antecedente patologice fără importanţă deosebită.
Evaluarea psihologică
Coeficientul de inteligenţă se situează la un nivel scăzut. Acesta este dublat de un deficit al activităţii de concentrare a atenţiei, de mobilizare, situaţie care face ca randamentul activităţilor de tip cognitiv să fie minim. Pare să-şi găsească un refugiu în atitudinea de pasivitate şi de nonimplicare în ceea ce întâmplă în jurul său. Are un control de sine redus, ca şi acela în raport cu influenţele mediului. Subiectul afişează o anumită ostilitate faţă de ceilalţi, alimentată de frustrări, pe un fond de anxietate socială. Conştientizează în mod acut lipsa oricăror perspective în ceea ce priveşte existenţa sa.
Marile deficienţe de instrucţie si educaţie sunt uşor de remarcat în comportamentul său, în tot ceea ce face. Arată, vorbeşte şi se poartă într-un mod rudimentar. Nu pare preocupat nici măcar de aparenţe, ci se manifestă în completa sa nuditate psihologică şi socială, pe care nu consideră necesar să o camufleze.
Este cu desăvârşire lipsit de atitudini empatice. Nu apreciază că ar fi necesar să se conformeze normelor sociale referitoare la comportamentul legal. Desconsideră dorinţele, drepturile sau sentimentele altora. Obişnuieşte să-i manipuleze pe cei din jur, în scopul obţinerii unui profit personal.
Pattern-ul de impulsivitate se manifestă prin incapacitatea (evidentă, de altfel) de a face planuri dinainte, de a anticipa evoluţia diverselor situaţii. Deciziile sunt luate întotdeauna sub imperiul momentului, fără un plan anume şi fără a lua în consideraţie eventualele consecinţe pentru sine şi pentru altii.
Tabloul caracterial pune în evidenţă o multitudine de trăsături negative, între care pot fi enumerate superficialitatea, eschivarea de la muncă, impertinenţa, lipsa unui ideal.
Temperamentul subiectului este coleric.
Comportamentul pe timpul aplicării probelor
Subiectul şi-a exprimat acordul pentru administrarea probelor, dar în realitate nu a oferit foarte multe date anamnestice.
Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune
Imposibilitatea găsirii unei slujbe, care să-i asigure condiţii decente de trai, ar constitui factorul care l-a determinat să participe la furturi.
Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune
În absenţa unei pregătiri profesionale şi a unei calificări, nu reuşeşte să se insereze social şi profesional. Nu respectă nici un fel de reguli şi doreşte să-şi controleze nu numai destinul propriu, ci şi pe al altora. Este un infractor de tip achizitiv, trăieşte din exploatrea neatenţei şi lipsei de vigilenţă a celorlalţi.
A trăit şi s-a dezvoltat în medii sociale cu totul nefavorabile, în anturaje cu mare potenţial infracţional, dispunând în acest moment de o bogată experienţă infracţională, atât personală, cât şi achiziţionată în mediul penitenciar.
Perceperea stării de fapt
Recunoaşte fapta comisă şi afişează regret. Dat fiind faptul că este recidivist, ştie că va fi condamnat şi este resemnat în faţa acestei situaţii.
Predicţii comportamentale
Incapacitatea de a învăţa din experienţele negative trăite şi din sancţiunile primite a determinat repetarea actelor comise. Apreciem că intervenţia socială de instituţionalizare, supravegherea specializată, în cadrul căreia să i se asigure o minimă educaţie profesională (calificarea într-o profesie oarecare), dar şi consilierea psihologică suportivă şi intervenţia terapeutică. ar fi de natură să creeze condiţiile favorabile pentru o eventuală recuperare şi reinserţie socială a subiectului.

SUBIECTUL S6 (*LOCOTENENTUL* GRUPULUI)
Vârsta: 16 ani.
Sex: masculin.
Domiciliul: localitatea M.
Faptele care formează obiectul inculpării: furt din locuinţe.
Mediul familial şi social
Subiectul este copil unic şi provine dintr-o familie dezorganizată, părinţii săi fiind despărţiţi legal în urmă cu mult timp. În urma pronunţării divorţului, minorul a fost încredinţat spre creştere şi educare mamei sale, care nu s-a recăsătorit şi nici nu a avut relaţii apropiate cu vreun bărbat. Mama subiectului este absolventă a doar 10 clase, în prezent neavând un loc de muncă. Aceasta nu pare a fi exercitat vreodată un control eficient asupra copilului, lăsându-i un grad de libertate destul de mare.
Apartamentul în care locuiesc este format din două camere, fiind prost întreţinut, dotat cu strictul necesar şi modest mobilat.
Evoluţia situaţiei şcolare şi profesionale
Este elev în clasa a X-a la un Grup Şcolar Industrial. Cunoştinţele şi deprinderile subiectului sunt de nivel mediocru. Cu toate acestea, numeroasele absenţe, ca şi indiferenţa faţă de toate obiectele de studiu au făcut ca elevul să aibă o situaţie proastă la învăţătură. Cu toate acestea, nu a înregistrat niciodată corigenţe.
Nu au putut fi identificate niciun fel de date privind traiectul vocaţional al acestuia (materii care să-l fi atras în şcoală, sporturi preferate, etc.).
Traiect infracţional
Pe fondul privării copilului de atitudini simpatetice şi afective din partea familiei, dar şi datorită absenţei identificării cu unele modele morale autentice, acesta a preferat strada, cu regulile impuse de grupul de infractori, grup în cadrul căruia şi-a gasit fără dificultate suport afectiv şi recunoaştere.
A participat la comiterea a 6 fapte. În prezent se află în faza de judecată.
Antecedente patologice şi psihiatrice
Subiectul prezintă antecedente patologice comune, lipsite de importanţă.
Evaluarea psihologică
Intelectual, subiectul este de nivel mediu-inferior.
Datele culese indică un comportament de tip combativ de cele mai multe ori, uneori uşor agresiv. Subiectul este încăpăţânat, sigur de sine, dornic să capteze atenţia. Atitudinea de neîncredere şi suspiciune se asociază cu comportamentul de tip delictual din perioada copilăriei. Instabilitatea crescută, tendinţa de a-i contrazice şi contesta pe adulţi (îndeosebi pe bărbaţi) s-a accentuat semnificativ după perioada divorţului părinţilor, fapt care l-a marcat profund.
Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune
Plictiseala, teribilismul, dorinţa de a fi în centrul atenţiei.
Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune
Dorinţa de imitare a adulţilor din cadrul grupului, de creştere a stimei de sine prin acordarea uui fals sentiment de superioritate, tentaţia banilor.
Predicţii comportamentale
Considerăm că intervenţia socială de instituţionalizare, ca şi supravegherea specializată aferentă, care să-i asigure atât consilierea psihologică suportivă, cât şi intervenţia terapeutică necesară, ar putea creşte probabilitatea unei reinserţii sociale adecvate.

SUBIECTUL S7
Vârsta: 13 ani.
Sex: masculin.
Domiciliul: localitatea M.
Faptele care formează obiectul inculpării: furt.
Mediul familial şi social
Subiectul provine dintr-o familie dezorganizată, părinţii fiind divorţaţi încă din anul 1994. Mama minorului este implicată într-o relaţie de concubinaj care durează de 8 ani. Bărbatul cu care mama se află în concubinaj se poartă frumos cu membrii familiei. Subiectul mai are un frate şi o soră, ambii minori, el fiind cel mai mic. Întreaga familie locuieşte într-un apartament cu două camere, modest mobilat, dar care dispune de un confort minim necesar.
Mama minorului este salariată a unei firme cu capital de stat, având un salariu lunar cca. 700 RON.
Evoluţia situatiei şcolare şi profesionale
Elev la şcoala generală, în clasa a VII-a. Până în acest moment, a obţinut rezultate satisfăcătoare. Din discuţiile purtate cu mama minorului, a rezultat faptul că acesta a beneficiat de ajutorul mamei în pregătirea lecţiilor, în limita posibilităţilor, ca şi de ajutorul celor doi fraţi mai mari.
Cu toate acestea, subiectul obişnuia în ultimul timp să-şi pregătească cu superficialitate temele, preferând televizorul şi hoinăritul împreună cu vecinii de bloc şi cu alţi copii. Numărul mare al absenţelor, coroborat cu indiferenţa faţă de învăţătură, au dus, în timp, la o situaţie şcolară proastă.
Traiect infracţional
Minorul s-a împrietenit S5, vecin de cartier. Acesta l-a ademenit cu diferite lucruri şi cu bani, propunându-i în cele din urmă să meargă cu el la diferite *activităţi*. Minorul a acceptat şi, în consecinţă, a participat la comiterea unei infracţiuni, în urma căreia a primit suma de 250 RON. Întreaga sumă care i-a revenit în urma comiterii infracţiunii a cheltuit-o la un bar din localitate. În prezent a fost scos de sub urmarire penală, fiind doar amendat.
Antecedente patologice şi psihiatrice
Nu are antecedente medicale semnificative sub raportul dezvoltării intelectuale şi psihice, în general.
Evaluarea psihologică
Inteligenţa subiectului de nivel mediu (bun). Este dotat cu o memorie bună şi cu capacităţi de gândire deductivă de nivel bun.
Subiectul are o ţinută îngrijită, curată. Nu prezintă tulburări de percepţie, atenţie sau memorie. Ideaţia este coerentă, fără tulburări de ritm. Se poate identifica totuşi o anumită rigiditate adaptativă, o capacitate deficitară de relaţionare cu mediul.
S-a identificat, de asemenea, un comportament direct, naiv. sentimental. natural. Se interesează de alţii şi este relativ uşor de satisfăcut. Din mimică şi gestică, apare ca obosit, plin de remuşcări şi uşor deprimat. Reactionează inadecvat la dificultăţi şi se descurajează cu uşurinţă.

Tabloul comportamental al subiectului evidenţiază sentimente de culpabilitate. Temperamentul acestuia este melancolic.

Comportamentul pe timpul aplicării probelor

Minorul s-a dovedit a fi receptiv şi cooperant.

Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune

Viaţa de cartier, lipsa diversităţii oferite de familie, plictiseala, curiozitatea.

Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune

Lipsa unei implicări în activităţi specifice vârstei, care să-i ocupe timpul şi să-i canalizeze preocupările şi energia în direcţii pozitive, lipsa controlului parental asupra anturajului minorului.

Influenţa nefastă exercitată asupra sa de către subiectul S5.

Perceperea stării de fapt

Afirmă că nu doreşte cu niciun chip să repete aceste experienţe prin care tocmai a trecut. Tendinţele de autoculpabilizare sunt evidente.

Predicţii comportamentale

Este necesar un control susţinut al activităţii copilului în cadrul grupului stradal, cu scopul de a-l feri de alte influenţe nefaste, de tipul comportamentelor deviante. Dacă familia şi şcoala vor acţiona pozitiv asupra copilului, acesta se va putea integra afectiv şi relaţional, şansele sale de a depăşi cu bine acest moment neplăcut fiind crescute.

SUBIECTUL S8

Vârsta: 14 ani.

Sex: masculin.

Domiciliul: localitatea M.

Faptele care formează obiectul inculpării: furt.

Mediul familial şi social

Provine dintr-o familie normal constituită, având condiţii de viaţă nesatisfăcătoare, fiind compusă din 7 membri. Întreaga familie locuieşte într-un cămin social, locuinţa fiind foarte modest mobilată, dispunând doar de strictul necesar existenţei.

Minorul a crescut într-o familie cu situaţie materială la limita subzistenţei. Astfel, mama subiectului este absolventă a 10 clase, fără loc de muncă. Tatăl este beneficiar al Legii 416/2001, prestând ore de muncă în folosul comunitatii. Veniturile băneşti ale familei sunt realizate din cei 250 RON şi din alocaţiile copiilor.

Evolutia situatiei scolare si profesionale

Elev la şcoala generală, în clasa a VI-a. Din punct de vedere pedagogic, nivelul realizărilor şcolare este nesatisfăcător. Până în acest moment, minorul a rămas repetent de două ori. Acesta are o motivaţie scăzută pentru şcoală, nu se integrează în colectivul clasei, lipseşte zile întregi, nemotivat de la şcoală.

În familia sa nu s-a ocupat nimeni de educaţia şi însuşirea cunoştinţelor necesare promovării anului şcolar. Considerând-o absolut inutilă, a preferat să neglijeze şcoala şi să desfăşoare alte *activităţi*. A manifestat o atitudine indiferentă faţă de învăţătură şi faţă de alte obligaţii şcolare.

A fost izolat de colectivul clasei (vezi evaluarea psihologică).

În plan vocational, nu s-au conturat opţiuni precise pentru un anumit domeniu de activitate profesională şi nici nu are alte preocupări normale, specifice vârstei: sport, lectură, internet, muzică, etc.

Traiect infractional

Subiectul a participat la comiterea a două fapte. Abandonând şcoala, fiind lipsit de un control şi o supraveghere atentă din partea familiei, minorul a aderat uşor la viaţa grupului infractional.

În prezent a fost scos de sub urmărirea penală, fiind doar amendat.

Antecedente patologice şi psihiatrice

Fără boli cronice sau antecedente medicale din perioada copilariei. Are un organism sănătos, este dezvoltat corespunzător vârstei.

Evaluarea psihologică

Coeficient de inteligenţă mediu-inferior. Abilităţile de tip scris-citit şi calcul matematic sunt precare.

Subiectul este impulsiv, nestăpânit, trece cu uşurintă de la o activitate la alta. Are o rezistenţă redusă la efort. Este uşor de convins, ffind foarte influenţabil. Este o fire emotivă, cu reacţii dezadaptive, eu slab. Se ceartă uşor cu cei din jur. Este cuprins deseori de plictiseală.

Capacitatea de înţelegere a contextului este slabă. Maturizarea psihică este sensibil întârziată, astfel încât copilul are greutăţi de adaptare atât la mediul şcolar, cât şi la cel familial. Minorul este introvertit, fiind prea puţin interesat de comunicare, de cunoaşterea altor experienţe de viaţă.

Prezintă dificultăţi de relaţionare pronunţate. Rămâne cu totul refractar la orice sfaturi şi recomandări, la mesaje educative de orice fel. Sensibilitatea accentuată îl face deseori irascibil în plan relaţional.

Încercând să rezumăm cele menţionate, personalitatea copilului prezintă următoarele trăsături dominante: fire necomunicativă, nu are suficientă încredere în sine, este suspicios, nu are încredere în oameni, este recalcitrant în relaţiile interpersonale. Intelectual, el este de nivel mediu, slab.

Comportamentul pe timpul aplicării probelor

Minorul este cooperant, interesat de probele administrate, dar şi de rezultate. Pare să fie foarte curios din fire.

Motivaţia declarată a alegerii acestei variante de acţiune

Lipsa atenţiei cuvenite din partea familiei. Situaţia financiară dificilă în care se află familia.

Motivaţia reală a alegerii acestei variante de acţiune

Influenţa negativă a grupului stradal infracţional a dus la comiterea infracţiunii ca o formă de distracţie.

Perceperea stării de fapt

Subiectul afirmă că nu a ştiut că participă la furt, astfel încât sentimentele de ruşine, tendinţa vădită de autoculpabilizare, teama privind posibilele consecinţe ale faptelor comise sunt foarte puternice.

Predicţii comportamentale

În aceste circumstanţe, dacă familia va aplica în mod constant măsurile de supraveghere a copilului, dacă va aloca suficient timp acestuia şi nu-i va mai permite să petreacă mult timp în afara familiei, putem anticipa că subiectul se va putea reintegra rapid. În acelaşi timp, referitor la şcoală, considerăm că o supraveghere şi o atitudine de apropiere a profesorilor şi colegilor vor

putea duce la o creştere a oportunităţilor de reinserţie socială a acestuia.

4. CONCLUZII

Datorită modului specific de acţiune şi ratei maxime de reuşită infracţională, s-au depus eforturi considerabile pentru capturarea grupului menţionat, fără succes însă pentru o bună perioadă de timp. S-a încercat inclusiv atragerea în capcane, pe care forţele de ordine le-au întins în repetate rânduri, lansându-se informaţii cu privire la iminenta plecare în străinătate a unor persoane cunoscute ca fiind bine situate, bogate, locuinţele acestora fiind supravegheate ulterior de către Poliţie. Pentru multă vreme, rezultatele au întârziat să apară.

Grupul infracţional a fost capturat, în cele din urmă, din pură întâmplare, atunci când unul dintre membrii acestuia (minor de 13 ani, însărcinat cu vinderea bunurilor sustrase) a încercat să vândă un telefon mobil tocmai unui poliţist aflat în timpul liber. Adus la sediul Poliţiei şi supus unei anchete sumare, acesta a început să dezvăluie treptat activitatea grupului şi identitatea membrilor săi.

5. BIBLIOGRAFIE

British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology.* Leicester.

British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people.* Leicester.

British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist.* Leicester.

British Psychological Society.Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines.* Leicester.

British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook,* http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec (accesed 12.10.2012).

Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology.* Cambridge University Press, Cambridge.

Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions),* Oxford University Press, New York.

Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts,* John Wiley & Sons Ltd. The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling,* CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.

Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions,* John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition).* John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide, (2nd edition).* Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.

Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice.* John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations.Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), *Quality management in higher education,* UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.

Milcu, Marius (2010). Consideraţii privind delincvenţa juvenilă: cauzalitate şi implicaţii sociale. Individualitate vs. integrare socială", in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative,* Ed. Univ. Bucureşti, pp. 164-167.

Milcu, Marius (2010). Devianţă socială vs. delincvenţă juvenilă. O abordare cauzală, in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative,* Ed. Univ. Bucureşti, pp. 168-171.

Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. &International Conference on Engineering and Business Education* , Ed. Univ. „Lucian Blaga", Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.

Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy.* Jessica Kingsley Publishers, London.

Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law,* John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Schuller, R.A., & Ogloff. J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives.* University of Toronto Press, Toronto.

Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology,* Willey-Blackwell.

Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition).* John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

ANALIZA PSIHO-DINAMICĂ A GRUPULUI INFRACȚIONAL

MARIUS MILCU
Universitatea „Lucian Blaga" din Sibiu, Romania, marius.milcu@ulbsibiu.ro

REZUMAT: Dinamica grupurilor infracționale contituie un domeniu de studiu extrem de interesant situat la limita dintre psihologia judiciară și științele juridice. Vorbim despre grupuri care se constituie și funcționează după cu totul alte reguli, care au o dinamică aparte în timp, care sunt structurate pornind de la cu totul alte criterii și standarde decât grupurile obișnuite. Cu alte cuvinte, grupurile infracționale se constituie, evoluează și dispar în moduri uneori imprevizibile sau cel puțin greu de anticipat.
Studiul de față are ca obiect un grup cu o bogată activitate infracțională, propunându-ne să realizăm o analiză dinamică psihologică, comportamentală și socială aprofundată atât a grupului, cât și a fiecărui membru al acestuia.

Cuvinte cheie: modus operandi, grup infracțional, rol social, distribuție a sarcinilor, infracțiune, delincvență, traiect infracțional, predicție comportamentală.

1. INTRODUCERE

Grupurile infracționale se constituie după reguli și tipare sociale greu aplicabile altor grupuri sociale. Acestea se formează prin adeziunea membrilor la valori atipice, de tip deviant, și se structurează pornind de la norme sociale specifice.
Elucidarea acestor aspecte constituie obiectul prezentului articol.
Notă: Pentru informații suplimentare privind fiecare membru al grupului infracțional analizat, consultați articolul *Psihologia grupurilor mici în mediul infracțional. Studiu de caz* (Marius Milcu, 2013), unde sunt prezentate detaliat aspecte privind:

- Mediul familial și social;
- Evoluția situației școlare și profesionale;
- Traiect infracțional;
- Antecedente patologice si psihiatrice;
- Evaluarea psihologică;
- Comportamentul pe timpul aplicării probelor;
- Motivația declarată a alegerii acestei variante de trai;
- Motivația reală a alegerii acestei variante de acțiune;
- Perceperea stării de fapt;
- Predicții comportamentale.

2. METODOLOGIA CERCETĂRII

Metoda utilizată este cea a studiului de caz.
Instrumentele pe care le-am aplicat în vederea atingerii obiectivelor de cercetare sunt următoarele:

- Anamneza;
- Interviul cu diverse persoane (membrii grupului, polițiști, avocați, profesori, membrii familiilor celor implicați, etc.)
- Testele psihologice;
- Sociometeria;
- Analiza documentelor (depoziții, mărturii, etc).

3. DESCRIEREA GENERALĂ A GRUPULUI INFRACȚIONAL

Compoziția grupului: Grupul infracțional analizat era compus din 8 membri, dintre care un adult și 7 minori, aceștia din urmă cu vârste cuprinse între 13-16 ani. Acțiunile grupului s-au derulat pe parcursul a 19 luni, fapt care pare a fi surprinzător, dată fiind media de vârstă a membrilor grupului.
Doi dintre aceștia locuiau într-o localitate învecinată a orașului (zonă periferică a acestuia, practic), iar restul în orașul M., în cartiere învecinate.
Din punct de vedere al naționalității și etniei, toți membrii grupului infracțional sunt români.
Antecedente medicale și psihologice: În pofida așteptărilor pe care producțiile hollywoodiene le induc oamenilor de rând, potrivit cărora infractorii de diverse genuri ar fi suferit la un moment dat diverse afecțiuni medicale și psihologice, expertiza medico-legală psihiatrică nu a evidențiat asemenea probleme în trecutul vreunui membru al grupului infracționat studiat. Evaluarea psihologică a evidențiat însă diverse tendințe accentuate sau tulburări de personalite ale acestora.
Distribuția sarcinilor pare să fie bine stabilită. Cu toții cutreierau anumite zone ale orașului, în căutarea locuințelor cu ferestre sau uși lăsate deschise, reîntâlnindu-se ulterior la ore și locuri prestabilite, unde analizau posibilele zone de acțiune. Decizia finală privind locuința în care urmau să acționeze era luată de către subiectul S5, iar în rarele situații în care acesta lipsea, de către S6.
S1 intra în locuința și sustrăgea bunuri.
S2 le ascundea și le vindea. El este acela care a fost surprins în timp ce încerca să comercializeze un telefon mobil, provocând astfel capturarea întregului grup, în urma declarațiilor sale.
S3 vindea bunurile sustrase.
S4 și S8 supraveghea zonele învecinate.
S5 și S6 coordonau acțiunile. S5 o făcea de la distanță, în timp ce S6 se afla la fața locului, supraveghind derularea acțiunii, în toate fazele ei infracționale.
S7 era recent venit în grup, participând doar la o acțiune, înainte ca grupul să fie reținut de către Poliție.

4. ISTORIA GRUPULUI INFRACȚIONAL

Trecutul grupului este unul destul de îndelungat. Grupul analizat nu s-a constituit rapid, într-ul interval scurt de timp, ci s-a structurat treptat, prin adăugarea succesivă a membrilor.

BUCHAREST CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Toţi membrii au fost racolaţi de către S5 şi S6. S6 era cel care frecventa zonele propice unei astfel de activităţi (internet cafe-uri, săli de jocuri, zonele aglomerate ale oraşului), realizând astfel o selecţie primară a potenţialilor noi membri ai grupului. Aceştia erau ulterior prezentaţi lui S5, care lua decizia acceptării lor în grup, după o perioadă în care-i implica treptat în diverse activităţi infracţionale (colectarea de informaţii, supravegherea locului infracţiunii înainte şi în timpul comiterii acesteia, ascunderea sau vinderea bunurilor furate), acordându-le totodată mici recompense materiale, pentru motivaţia / fidelizarea lor.

Din discuţiile purtate, se pare că rata de succes în racolarea noilor membri a fost de cca. 1/3. Din cca. 3 candidaţi era ales unul singur. Odată racolaţi şi integraţi în grup, membrii au rămas fideli, neexistând nici măcar un singur membru care, de-a lungul timpului, să-l fi părăsit.

5. ALTE PERSOANE IMPLICATE

În mod indirect, au existat câteva persoane care au cunoscut şi facilitat acţiunea grupului infracţional sau a unora din membrii acestuia. Ne referim, în principal, la cei care au cumpărat bunurile sustrase de grup din locuinţe. Este dificil să credem că un adult poate cumpăra diverse bunuri de la un minor, fără a-şi pune nici un fel de întrebări cu privire la proveniența acestora. În aaceeaşi situaţie se află şi proprietarii care au acceptat să-i găzduiască, închiriind locuinţa unor minori şi fără a solicita informţii suplimentare sau fără a contacta membrii familei acestora.

6. FAMILIILE DE PROVENIENŢĂ

Membrii familiilor minorilor implicaţi au avut un rol hotărâtor în alegerea de către minori a grupului infracţional, a unui mod de viaţă în afara limitelor legii. Antecedente infracţionale în familiile de origine sunt foarte puţine, un singur membru al grupului având un frate recidivist.

Unii dintre membrii grupului provin din familii disfuncţionale în plan social, relaţional, educativ, financiar, etc. Nu numărul adulţilor din familie este important (familie monoparentală, biparentală sau chiar în care nu există nici măcar un singur părinte, ambii fiind decedaţi), ci modul în care aceasta îşi îndeplineşte rolurile / funcţiile specifice, între care enumerăm:

- rolurile educative. Avem în vedere suportul acordat copiilor în ceea ce priveşte şcolaritatea, însemnând înscrierea copiilor la şcoală şi supravegherea activităţii lor şcolare, menţinerea unei legături active cu şcoala, cu dirigintele, etc., sprijinul în îndeplinirea sarcinilor şcolare, a temelor. Se pot identifica în grupul analizat unii subiecţi ai căror părinţi fie nu au manifestat interesul necesar în această direcţie, fie nu au reuşit pur şi simplu să se implice mai mult. Evident, în situaţia în care copii respectivi au fost crescuţi de către bunici, putem înţelege mai uşor situaţia creată, diferenţele mari de vîrstă, problemele de viaţă şi de sănătate specifice vîrstei înaintate făcând mult mai dificilă exercitarea eficientă a acestui rol educativ;
- rolurile relaţionale. Este vorba despre cantitatea şi calitatea relaţiilor interpersonale stabilite între părinţi şi copii, îndeosebi despre relaţiile afectiv-simpatetice existente în familiile de proveniență. În cadrul grupului infracţional studiat există câţiva subiecţi în ale căror familii exista un climat tensionat sau de relativă indiferenţă, lipsit de afectivitate sau chiar bazat pe agresivitate sistematică, uneori pe fondul unui consum exagerat de alcool. Este binecunoscut potenţialul traumatic al acestor abuzuri exercitate asupra copiilor pe perioade de timp îndelungate, rolul covârşitor în conturarea unor dezvoltări de tip psihopatic a personalităţii victimelor. Personalitatea victimelor unor asemenea abuzuri tinde să se structureze într-un mod aparte, elementele caracteristice fundamentale fiind agresivitatea verbală şi comportamentală, pragul scăzut al descărcărilor prin violenţă, rezistenţa scăzută la frustrare, impulsivitatea, deficienţele de autocontrol şi autoreglare, labilitatea emoţională, dificultăţile de adaptare şi de relaţionare socială autentică. În alte situaţii, personalitatea celor în cauză se poate structura, dimpotrivă, într-o formă nevrotcă sau chiar depresivă, caracterizată prin anxietate, oboseală permanentă accentuată, incapacitate de îndeplinire a unor sarcini de durată, tulburări de somn, numeroase acuze somatice. interiorizare a subiectului, izolare socială, mergând chiar până la tentative de sinucidere;
- rolurile sociale, de creştere şi socializare a copiilor. Ne referim la una dintre funcţiile fundamentale ale oricărei familii, aceea de a asigura copiilor integrarea în grupurile specifice vârstei. Nu este vorba, în acest context, despre simpla înscriere a unui copil la grădiniţă, de exemplu, ci de înzestrarea acestuia cu valorile necesare acestui demers, prin trasarea de către familie şi respectarea de către copil a normelor sociale specifice acelui grup, ca o condiţie fundamentală a integrării de succes a copilului în grupul respectiv. Se pot constata cu uşurinţă deficienţe majore de creştere şi socializare a unora dintre membrii grupului infracţional discutat, care nu fost socializaţi corespunzător şi care, în consecinţă, au ajuns să facă parte din alte grupuri decât cele specifice vârstei lor sau chiar condiţiei sociale a familiilor de proveniență. În cazul majorităţii membrilor gupului infracţional, părinţii fie nu au ştiut, fie nu au avut nici un interes cu privire la grupurile în care copiii îşi petreceau timpul liber;
- rolurile valorice / morale exercitate de familie exprimă demersurile constante de a furniza copiilor acele modele atitudinale, valorice şi de conduită considerate dezirabile şi utile, care să le permită acestora adaptarea rapidă şi integrarea eficientă în societate la un moment dat. Vorbim aici despre un ansamblu de valori economice, morale, juridice, estetice, politice, religioase şi, corespunzător acestora, despre modele comportamentale specifice a căror formare şi interiorizare constituie rezultate ale unor demersuri educaţionale îndelungate şi sistematice ale familiei, şcolii, mass-mediei, etc. Grupul supus analizei este caracterizat în mod fundamental de un nivel ridicat al ambiguităţii valorilor sociale, de o anumită acceptare a unor norme sociale de tip deviant / infracţional. Acest grup a rejectat valorile implementate de familie, şcoală. etc., elaborându-şi în timp un set propriu de valori şi atitudini, opuse primelor;
- rolurile financiare ale familiei au în vedere procurarea mijloacelor financiare necesare traiului

decent al membrilor familiei (spaţiu de locuit, hrană, îmbrăcăminte, etc.). Deşi unii dintre membrii grupului infracţional proveneau din familii cu venituri modeste sau chiar mici, pretextele financiare invocate de aceştia pentru comiterea faptelor infracţionale s-au dovedit a fi pure invenţii, aceştia cheltuindu-şi banii procuraţi în urma furturilor în săli de jocuri, internet-cafe-uri, procurându-şi alcool, ţigări, etc. Cu toate acestea, există suspiciuni privind modul în care unele dintre familiile celor inculpaţi ar fi beneficiat de anumite sume de bani provenite din furturi, acceptând astfel în mod tacit opţiunea infracţională a acestora şi implicit devenind complici la săvârşirea infracţiunilor de furt comise de copiii lor;

- rolul de control, care le înglobează pe toate cele menţionate anterior. Este vorba despre supravegherea constantă asupra existenţei cotidiene, asupra comportamentului de acasă şi de la şcoală, asupra grupurilor cu care copiii interacţionează, asupra persoanelor cu care socializează, asupra modului în care aceştia îşi cheltuiesc banii disponibili. Este cu desăvîrşire imposibil de acceptat faptul că există părinţi care nu sesizează obiectele sau articolele de îmbrăcăminte noi deţinute de minori sau sumele de bani pe care aceştia le procură din alte surse. La nivelului grupului infracţional pe care îl analizăm există o mare diversitate a gradelor de control exercitat de familii asupra copiilor. Situaţia cea mai bizară este aceea a subiectului S4, în cazul căruia familia (mama şi fraţii / surorile acestuia) nu-şi exercită deloc funcţia de control asupra existenţei minorului, singura intervenţie în acest sens fiind cea a mamei, care l-a predat poliţiei, atunci când a aflat de fapta comisă de acesta cu ceva timp în urmă. Mama minorului respectiv pare să fi soluţionat rapid presupusul conflict de roluri, dacă acesta a existat, conflict între rolul de părinte (potrivit căruia trebuia să-şi protejeze copilul, indiferent de faptele comise de acesta) şi rolul de cetăţean (în virtutea căruia trebuia să anunţe organele statului, în situaţia în care acesta le-ar comite).

7. RELEVANŢA DATELOR RECOLTATE ÎN URMA INVESTIGAŢIILOR REALIZATE DE CĂTRE POLIŢIE, ASISTENŢA SOCIALĂ, SERVICII DE PSIHOLOGIE, ETC.

Obiectivitatea şi relevanţa informaţiilor sunt discutabile, în mod evident. Având în vedere faptul că mediul social de proveniență al membrilor grupului infracţional este unul cu un potenţial criminogen ridicat, în care normele, atitudinile şi valorile sociale sunt caracterizate printr-un grad ridicat de acceptare / îngăduinţă în raport cu infracţionalitatea, este posibil ca unele dintre persoanele investigate să fi distorsionat faptele în maniere care să reducă posibilele riscuri pentru ele însele, ca şi pentru cei inculpaţi.

Faptul că grupul era compus, în majoritate, din minori a simplificat sarcinile pentru anchetatori. Aceştia au fost separaţi, comunicarea dintre ei fiind astfel imposibilă. Neştiind ce anume au declarat ceilalţi. fiecare membru al grupului a ajuns, în cele din urmă, să prezinte varianta adevărată a derulării faptelor. Excepţie au făcut subiecţii S5 şi S6, consideraţi de către anchetatori ca fiind şeful grupului şi locotenentul (mâna dreaptă a acestuia), care au continuat să nege şi să denatureze sisitematic adevărul, până la finalul anchetei judiciare.

8. RELAŢIILE INTERPERSONALE (ATRACŢIE ŞI RESPINGERE LA NIVEL INTERPERSONAL) ÎN CADRUL GRUPULUI INFRACŢIONAL

Din analiza sociometrică realizată a rezultat faptul că S3 avea cel mai ridicat statut, urmat de S5 si S1. De asemenea, prestigiul şi influenţa lui S5 şi S6 erau ridicate. Comunicarea era centrată pe S5 (şeful grupului infracţional) şi S1 (instrumentul prin care opera grupul). Atunci când interveneau certuri între membrii grupului, cel care rezolva era S5, fapt care demonstrează încă o dată poziţia supremă a acestuia, ca şi puterea legitimă de care el se bucură în cadrul grupului. De cele mai multe ori, a reuşit să fie ferm şi corect, obţinând aprobarea sau supunerea imediată a grupului.

Faptul că S5 era şeful grupului rezultă şi din numărul mic de infracţiuni care au putut sa-i fie atribuite, ştiut fiind că şeful rămâne de cele mai multe ori la distanţă de locul faptei, pentru a nu putea fi inculpat.

9. MODUS OPERANDI

Modul de operare al grupului infracţional studiat era cât se poate de simplu şi, în acelaşi timp, de eficient. Pe scurt, secvenţa acţiunii se derula în următorul mod: S1, fiind scund de statură, intra în apartamentele vizate, escaladând ferestrele sau uşile de balcon lăsate deschise de către proprietari. De aici, acesta sustrăgea bunurile care se aflau în proximitatea sa. Timpul petrecut în incintele apartamentelor nu depăşea niciodată 10 minute, după spusele membrilor grupului, în scopul de a evita susprinderea sa asupra faptului de către proprietarii respectivi.

De regulă, în imediata apropiere a locuinţelor se aflau şi ceilalţi membri ai grupului infracţional, care asigurau paza şi evacuarea cu rapiditate a bunurilor sustrase. După comiterea faptelor, bunurile sau banii se împărţeau de către S6, fiecare primind o cotă-parte, în funcţie de participarea concretă la acţiune.

În principiu, nu au fost găsite dovezi în sprijinul ideii de premeditare, de planificare îndelungată a acţiunilor. Totuşi, în două cazuri, se pare că grupul infracţional a primit anumite informaţii despre faptul că proprietarii locuinţelor respective nu se află în localitate.

10. MĂSURILE JUDICIARE LUATE ÎMPOTRIVA GRUPULUI INFRACŢIONAL

Sancţiunile stabilite de către factorii de decizie au fost extrem de variate (în funcţie de traiectul infracţional. numărul de infracţiuni comise şi dovedite, ca şi de vârsta celor inculpaţi), de la amendă penală şi până la condamnarea la închisoare. De asemenea, au fost luate în considerare şi alte aspecte colaterale, cum ar fi posibilitatea efectivă de recuperare şi reinserţie a acestora. În cazul subiecţilor proveniţi din familii funcţionale, s-a presupus că acestea se vor implica în recuperarea minorilor, motiv pentru care factorii de decizie au dat dovadă de o anumită clemenţă.

Evident, au fost condamnaţi la pedeapsa cu închisoare acei membri ai grupului care au fost consideraţi ca prezentând un nivel ridicat de pericol social, pornind de la următoarele aspecte:

• traiectul infracţional consistent (eventual recidiva celui în cauză);
• abandonul şcolar, provocat prin corigenţe sau repetenţe ale celor în cauză;
• tiparul comportamental negativ, bazat pe violenţă verbală şi comportamentală;
• profilul psihologic caracterizat prin tendinţe agresive, impulsivitate, rezistenţă scăzută la frustrare, labilitate emoţională, deficienţe de autocontrol;
• lipsa de funcţionalitate a familei de provenienţă.

11. POSIBILITĂŢILE DE RECUPERARE ŞI REINSERŢIE SOCIALĂ A DELINCVENŢILOR

Ca şi sancţiunile primite, posibilităţile de a recupera şi reinsera social membrii grupului infracţional analizat sunt foarte variate. Pentru cei condamnaţi la închisoare, personalul specializat din penitenciare urmează să asigure asistenţa medicală, psihologică, socială şi educaţională în vederea unei reinserţii sociale şi profesioanle adecvate a acestora.
Pentru subiecţii care au fost sancţionaţi cu amendă, este absolut indispensabilă colaborarea strânsă între următoarele elemente:
• familie (care trebuie să-şi îndeplinească eficient toate rolurile şi funcţiile menţionate anterior);
• şcoală (unde minorul trebuie repus la palierul educaţional potrivit, adică în clasa potrivită vârstei şi nivelului de cunoştinţe deţinut); o menţiune este necesară în această privinţă, referitor la pericolelel la care vor fi expuşi noii colegi ai delincventului, având în vedere faptul că acesta beneficiază de o experienţă infracţională şi relaţională complexă, ca şi de o eventuală vârstă mai înaintată cu câţiva ani;
• alte instituţii publice, private şi non-guvernamentale care să-i asigure acestuia asistenţa socială şi profesională necesară.
Este vorba despre un mecanism complex, care implică numeroase instituţii şi persoane, care necesită o mare risipă de resurse (umane, de timp, financiare, etc.), singura şansă de recuperare şi reinserţie socială a inculpaţilor fiind aceea a unei funcţionări perfecte a acestui angrenaj, fără derapaje şi blocaje ale vreuneia dintre instituţiile şi persoanele implicate.

12. LIMITE ALE CERCETĂRII

În ceea ce priveşte membrii grupului infracţional, cea mai mare parte a acestora prezintă capacităţi crescute de disimulare (după cum relevă rezultatele evaluării psihologice), minciuna fiind considerată drept principala modalitate de evitare a condamnării şi de reducere a eventualei sancţiuni / pedepse. Este posibil, în aceste condiţii, să nu cunoaştem adevărata dimensiune a evenimentelor sau să o cunoaştem doar parţial.
Instrumentele utilizate în vederea evaluării psihologice au limite considerabile, acestea nefiind proiectate pentru un asemenea grup-ţintă. Mai mult decât atât, chiar instrumentele utilizate în mod obişnuit pentru aceste paliere de vârstă sunt greu de aplicat unor subiecţi cu grave defiecienţe educaţionale, cum sunt unii dintre membrii grupului infracţional analizat. Spre exemplu, este dificil să găsim instrumente adecvate de evaluare psihologică a potenţialului infracţional al unor minori cu vârste atât de fragede (13 ani, mai exact).
În plus, faptul că unii dintre subiecţi se situează la vârste de limită, nefiind încă adulţi, dar tinzând în mod evident să depăşească nivelul evolutiv specific adolescenţei, nu face ca lucrurile să fie deloc simple.

13. ASPECTE CARE NU AU FĂCUT OBIECTUL INVESTIGAŢIEI

Având în vedere componenţa exclusiv masculină a grupului infracţional, vârsta sensibil mai înaintată a liderului acestuia (20 de ani, comparativ cu vârstele de 13, 14, 16 ani ale celorlalţi membri), ca şi faptul că acesta a mai fost încarcerat o dată, considerăm că ar fi fost utilă investigarea unor posibile conotaţii de natură sexuală ale acestui caz. Nu putem ignora posibilele manifestări ale homosexualităţii în cadrul grupului infracţional analizat, existând unele aspecte care sugerează asemenea implicaţii. Cu toate acestea, posibilitatea menţionată nu a fost luată în calcul de către anchetatori.

14. CONCLUZII

În urma analizei modului de acţiune al grupului infracţional studiat, am identificat următoarele aspecte fundamentale:
- majoritatea infracţiunilor au fost comise în grupuri, cuprinzând minim 2 indivizi şi până la toţi membri; niciodată vreunul dintre membrii grupului nu a acţionat singur, fapt care indică un nivel ridicat de securizare oferit de către grupul infracţional;
- grupul s-a format şi a acţionat în absenţa oricăror supravegheri care ar fi trebuit să se exercite din partea părinţilor; în cele din urmă, acesta pare să fie elementul comun întâlnit în cazul tuturor persoanleor implicate în acest caz;
- grupul studiat a fost format şi orientat explicit în vederea săvârşirii infracţiunilor de furt din locuinţe; cu alte cuvinte, structurarea grupului nu a avut la bază atracţiile şi respingerile interpersonale, ceea ce ne permite să afirmăm că avem de a face cu un grup aparte, structurat mai degrabă (dar nu exclusiv) pe criterii funcţionale, pe îndeplinirea unor sarcini concrete;
- datorită lipsei experienţei de viaţă, minorii au fost cu uşurinţă manipulaţi şi împinşi spre delincvenţă; nu este întâmplător faptul că S5, indicat de către toţi subiecţii drept lider al grupului infracţional, avea vârsta cea mai înaintată şi, putem presupune, cea mai bogată experienţă de viaţă;
- aderarea minorilor la grupul infracţional s-a făcut din dorinţa lor de compensare a constrângerilor, a frustrărilor şcolare şi familiale acumulate; majoritatea membrilor componenţi proveneau din familii cu diverse grade de dezorganizare;
- grupul infracţional a oferit minorilor suportul afectiv dorit, fapt care a condus la o consolidare a comportamentelor de tip deviant; minorii au început fără întârziere să se simtă bine în grup, să petreacă un timp din ce în ce mai îndelungat în cadrul acestuia;
- cu toate că şi în cadrul grupului delincvent minorii au fost obligaţi să respecte anumite valori şi norme comportamentale, aceştia le-au acceptat şi au aderat

rapid la ele, în condiţii de liberă consimţire; acest fapt a fost facilitat de către sistemele de valori şi norme sociale cu un grad mare de ambiguitate din familiile de origine.

În acest context, nu trebuie să uităm faptul că, în ultimă instanţă, responsabilitatea comiterii infracţiunilor îi aparţine în mod direct celui care le-a comis. Întregul nostru destin este o ***chestiune de opţiune personală*** (alegem să ne implicăm într-o activitate sau, dimpotrivă, o evităm). Într-un mod similar, recuperarea de succes a delincvenţilor depinde în mod fundamental de motivaţia acestora, de dotarea lor psiho-aptitudinală (în cadrul căreia un rol decisiv îl au inteligenţa, capacitatea de anticipare a consecinţelor propriilor fapte, un nivel acceptabil de autocontrol şi de autoreglare ale celor în cauză), reprezentând, de asemenea, o opţiune personală.

15. BIBLIOGRAFIE

British Psychological Society (2007). *Child protection portfolio*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Forensic Psychology (2002). *Ethical guidelines on forensic psychology*. Leicester.

British Psychological Society. Division of Clinical Psychology (2006). *Practice guidance on consent for clinical psychologists working with children and young people*. Leicester.

British Psychological Society (2004). *Private practice as a psychologist*. Leicester.

British Psychological Society.Division of Education and Child Psychology (2004). *Professional practice guidelines*. Leicester.

British Psychological Society. Qualification Office (2011). *Qualification in Forensic Psychology (Stage 2). Candidate Handbook*, http://www.bps.org.uk/careers-education-training/society-qualifications/forensic-psychology/prospective-candidates/prospec (accesed 12.10.2012).

Brown, Jennifer M., Campbell, Elizabeth A. (editors). (2010). *The Cambridge Handbook of Forensic Psychology*. Cambridge University Press, Cambridge.

Canter David (2010). *Forensic psychology: a very short introduction (very short introductions)*, Oxford University Press, New York.

Carson David, Bull Ray (editors). (2003). *Handbook of psychology in legal contexts*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Godwin, Grover Maurice (editor) (2001), *Criminal psychology and forensic technology: a collaborative approach to effective profiling*, CRC Press, Boca Raton, London, New York, Washington.

Gudjonsson, Gisli H. (2003). *The Psychology of Interrogations and Confessions*, John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex.

Goldstein, Alan M. (editor). *Handbook of psychology. Volume 11. Forensic Psychology* (2003). John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Kaufman, Alan S., Kaufman, Nadeen L. (Series Editors) (2010). *Essentials of Forensic Psychological Assessment (Second Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Macmillan Neel A., Creelman C. Douglas (2005). *Detection Theory: A User's Guide, (2nd edition)*. Lawrence Erlbaum Associate, Mahwah, New Jersey London.

Mart, Eric G. (2006). *In Forensic Psychology Practice. How to Create a Forensic Specialty in Your Mental Health Practice*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Milcu, Marius (2010). About the diversity of university organizations.Learning about managing differences. A case study, in Rusu Costache (ed.), *Quality management in higher education*, UT Press, Cluj Napoca, I, pp. 607-610.

Milcu, Marius (2010). Consideraţii privind delincvenţa juvenilă: cauzalitate şi implicaţii sociale. Individualitate vs. integrare socială", in M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative*, Ed. Univ. Bucureşti, pp. 164-167.

Milcu, Marius (2010). Devianţă socială vs. delincvenţă juvenilă. O abordare cauzală. in. M. Milcu, *Cercetarea psihologică modernă. Direcţii şi perspective. Individ, grup, organizaţie: studii aplicative*, Ed. Univ. Bucureşti, pp. 168-171.

Milcu, Marius (2009). Strategies and techniques used in conflict management within work groups and organizations: a practical guide, in Oprean, C., Grunwald, N., Kifor, C.V., *Conference proceedings. Balkan Region Conference on Engineering and Business Education. &International Conference on Engineering and Business Education* , Ed. Univ. „Lucian Blaga", Sibiu, 2009, vol. II, pp. 553 – 556.

Pfäfflin Friedemann, Adshead Gwen (2004). *A Matter of Security. The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, London.

Roesch Ronald, Patricia A., Hart Stephen D. (2010). *Forensic psychology and law*, John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

Schuller, R.A., & Ogloff, J.R.P. (Eds) (2001). *Introduction to Psychology and Law: Canadian Perspectives*. University of Toronto Press, Toronto.

Towl Graham. J., Crighton David A. (editors). (2010). *Forensic Psychology*, Willey-Blackwell.

Weiner, Irving B., Hess, Allen K. (editors) (2006). *The Handbook of Forensic Psychology (Third Edition)*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Partea a VI-a:
ALTELE / DIVERSE

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

RELAȚIA DINTRE LATERALITATEA CEREBRALĂ/ CORPORALĂ ȘI TRĂIREA AFECTIVĂ

OLIVIA CIUBOTARIU, VIOLETA S. ROTĂRESCU
Universitatea din București, olivia.ciubotariu@gmail.com, rotarescu.violeta@gmail.com

ABSTRACT: This paper aimes the analysis of the existance of relevant and significant links in between direction and degree of body lateralization and emotional affect.
The theoretical approach was based on review of scientific research on theories explaining emotional affect (particularities of emotions, affective styles, emotion regulation strategies, right hemisphere model, valence hypothesis and approach-withdrawal model).
This paper represents the basis of one of the very few studies done worldwide on link between body lateralization and emotional affect. Results obtained are to be presented in a different paper.
Key words: lateralization, affect, lateral dominance, link between cortical/body laterality and emotional affect.

1. INTRODUCERE

Afectivitatea reprezintă ansamblul trăirilor unui individ la un moment dat. Mihai Golu o definește ca: "Acea componentă a vieții psihice care reflectă, în forma unei trăiri subiective de un anumit semn, de o anumită intensitate și de o anumită durată, raportul dintre dinamica evenimentelor motivaționale sau stărilor proprii de necesitate și dinamica evenimentelor în plan obiectiv extern." (Golu, 2004, p. 554) *Afectivitatea pozitivă* reflectă măsura în care un individ experimentează trăiri pozitive la stimulii din mediu (entuziasm sau stare de alertă). *Afectivitatea negativă* reprezintă trăiri negative sau absența sentimentelor (tristețe sau letargie); (Watson, Clark, 1984, *apud* Crawford, Henry, 2004).

Stilul afectiv cuprinde ansamblul diferențelor inter-individuale între sensibilitate (dispoziție) și gestionarea emoțiilor (reacția afectivă); (Davidson, 1998).

Davidson consideră că pot fi stabiliți, prin măsurători concrete, o serie de parametri specifici ai stilului afectiv: pragul dincolo de care apare răspunsul; amplitudinea răspunsului, timpul necesar pentru a atinge maximul răspunsului emoțional și durata răspunsului. Ultimii trei parametri stau la baza conceptului de cronometrie afectivă. (Davidson, 2003)

Pornind de la definiția stilului afectiv, literatura de specialitate a identificat constant trei strategii generale de gestionare a emoțiilor: a) ajustarea efectelor stimulilor emoționali pentru ca persoana să se adapteze cu succes cererilor situației, b) suprimarea trăirilor afective, respectiv c) tolerarea și acceptarea emoțiilor, chiar și a celor aversive și nedorite. În funcție de cele trei strategii de gestionare a emoțiilor, Hofman și Kashdan au definit trei stiluri afective diferite: mascare, ajustare și tolerare. Persoanele cu un *stil de mascare* apleazâ la suprimarea emoțiilor sau la alte strategii menite să evite emoțiile odată ce acestea au apărut. *Stilul de ajustare* este utilizat de indivizii care utilizează informația emoțională într-o manieră adaptativă și au o capacitate mai bună de soluționare a problemelor și situațiilor dificile, adaptându-se mai ușor la cerințele contextului. Cel de-al treilea *stil, de tolerare*, implică activarea unui confort emoțional și acceptarea situației emoționale. Pentru identificarea tipologiei în care se încadrează diferiți indivizi și măsurarea celor trei stiluri, autorii au elaborat *Chestionarul Stilului Afectiv* (Hofmann, Kashdan, 2010).

Persoanele cu un anumit stil afectiv reușesc să își reglementeze eficient trăirea și exprimarea emoțiilor, în timp ce strategiile utilizate de alți indivizi duc la efecte aparent nedorite și contraproductive. De exemplu, încercarea de suprimare a emoțiilor crește reacția fiziologică (Gross, Levenson, 1997 *apud* Hofmann, Kashdan, 2010) în timp ce reflectarea asupra evenimentelor negative prelungește sentimentul de mânie și stările de cădere afectivă (Nolen-Hoeksema, Morrow, 1993, *apud* Hofmann și Kashdan, 2010).

O altă clasificare a strategiilor de reglare a emoțiilor s-a realizat în funcție de momentul în care indivizii le pun în aplicare: strategii cu focalizare anterioară și centrate pe răspuns.

Strategiile cu focalizare anterioară presupun activarea mecanismelor de reglare a emoțiilor înante ca răspunsul emoțional să fie activat pe deplin. Acestea presupun utilizarea unor tactici precum orientarea atenției, modificarea situației, reconsiderarea perspectivei asupra situației sau orice activitate de pregătire psihologică anterior implicării într-un eveniment cu încărcătură emoțională ridicată. S-a demonstrat că o serie dintre aceste tactici (ex: oferirea de stimulente) au efect pe termen scurt.

Strategiile centrate pe răspuns includ ansamblul încercărilor de gestionare și exprimare a emoțiilor în momentul producerii lor. Acestea implică tactici de suprimare sau atitudini de acceptare. Cel mai adesea, aceste strategii s-au dovedit a fi neproductive în practică. (Hofmann, Kashdan, 2010)

Există diferențe individuale în folosirea celor două tipuri de strategii, acestea corelând cu experimentarea emoțiilor și modul de funcționare psihosocială. De exemplu, persoanele care se bazează mai mult pe sistemul de recompense au o funcționare psihosocială mai bună și o stare generală de bine, fapt demonstrat de rapoarte autoevaluative, evaluarea colegilor, precum și rezultate de laborator. La polul opus, persoanele care apelează mai des la strategii de suprimare

experimentează o funcționare psihosocială mai proastă și stări de nefericire (Gross, John, 1996, *apud* Hofmann și Kashdan, 2010). Modurile de utilizare a acestor strategii au și cauze neurologice, demonstrându-se că utilizarea în activitățile curente a recompenselor a corelat cu o activitate mai redusă a amigdalei, precum și a regiunilor prefrontale care controlează răspunsul la stimulii negativi emoționali (Drabant et al., *apud* Hofmann, Kashdan, 2010).

Astfel, explicația pentru care oamenii folosesc strategii diferite de reglare emoțională, mai ales în cazul persoanelor care persistă în utilizarea unor tactici neadecvate, ar putea fi crearea unui cerc vicios, între o predispoziție neurologică și obișnuița de tolerare a unor experiențe emoționale negative, care întreține nivelul de activare corticală.

Substratul neurologic al emoțiilor. Metaanaliza efectuată de Kober și colaboratorii săi a dus la identificarea a șase grupuri de regiuni cerebrale a căror activare a fost constant evidențiată de studiile imagistice. Rolurile acestora sunt diferite:

- *Grupul lateral occipital-vizual* include regiunile corticale stângă și dreapta din girusul occipital lateral, precum și cortexul occipital drept, cortexul temporal drept și nucleii cerebelului alăturați cortexului inferior temporal. Împreună, aceste regiuni intervin in procesarea vizuală și atenția față de stimulii emoționali;
- *Grupul posterior medial* include cortexul vizual primar (V1) și cortexul cingulat posterior. Funcția lor este asemănătoare celeia a primului grup;
- *Grupul cognitiv-motor* cuprinde operculul frontal (frOP), zonele bilaterale ale girusului frontal inferior (IFG), aria pre-senzorio-motorie (pre-SMA) și zona mediană a girusului frontal stâng. Pre-SMA pune bazele reprezentării acțiunii intenționate sau energizării sistemelor cognitive pentru a răspunde și orienta răspunsul în funcție de indicatori interni. IFG și frOP sunt responsabili de inhibiția răspunsurilor. Activarea simultană a pre-SMA, IFG și frOP este constant implicată în operațiile de control cognitiv și, probabil, are un rol important în selectarea adecvată, în funcție de context, a acțiunilor, respectiv activarea atenției necesară pentru acele acțiuni.
- *Grupul lateral paralimbic* include *ventral striatum* (vStr), zonele ventral-posterioară (vpIns), dorsal-anterioară (daIns) ventral-aterioară (vaIns) și ale insulei, girusul orbital posterior și polul temporal și are un rol important în motivare. vStr este sensibil la recompensă și pedeapsă și intervine în predicția recompensei. Girusul orbital posterior, ca parte din OFC, este implicat în discriminarea recompenselor, valorizare și predicție. vaIns se asociază cu emoția generată de memoria autobiografică, în timp ce daIns este activată în principal de durere și intervine în selecția cognitivă a sarcinilor care necesită o motivare pentru acțiune.
- *Grupul cortexului prefrontal medial* cuprinde subsecțiunile rostral-dorsală și pregenuală ale cortexului cingulat anterior (ACC) și cortexul prefrontal dorso-medial (dmPFC). Acest grup intervine în principal în generarea și reglarea emoțiilor.

Cortexul cingulat anterior prezintă trei zone de activare: rdACC (aria Brodman 24 a/b, cunoscută ca și *zona cognitivă a ACC*), pgACC (aria Brodman 24) și sgACC (corespunzând așa-numitei *zone afective* a ACC). S-au evidențiat activări ale rdACC în situații de anxietate și fobie, în timp ce activări ale sgACC au apărut în cazuri de depresie hipoactivă.

S-a demonstrat că activarea anumitor regiuni ale dmPFC corelează invers cu activitatea amigdalei în cazul situațiilor în care reglarea emoțiilor se realizează cu succes. Cortexul prefrontal medial (mPFC) intervine și în cazul introspecției, atunci când o persoană devine conștientă de trăirile sale de moment. De asemenea, s-a sugerat că porțiunile dorsale ale mPFC sunt singurele care intervin în activitățile metacognitive de monitorizare, reprezentare sau de descriere a stărilor afective, precum și în generarea pe baze cognitive a emoțiilor și reglarea emoțională. (Ochner, Gross, 2005)

Atât grupul lateral paralimbic, cât și grupul cortexului prefrontal medial se conecteză cu *grupul limbic principal*, care include amigdala, hipocampul stâng, talamusul, extinzându-se până la *paeriaqueductal gray* (PAG), ariile adiționale ale corpului striat ventral și hipotalamusul lateral. Se consideră că PAG participă în reglarea răspunsurilor autonome legate de psiho-fiziologia emoției și e destul de probabil ca, în cazul oamenilor, similar cu situațiile din cercetările asupra animalelor, să fie un centru emoțional de integrare, primind inputuri corticale directe (de la mFPC, OFC) și proiectând la nivelul hipotalamusului. Activări semnificative au fost evidențiate la nivelul talamusului dorsal, în jurul nucleului "limbic" mediodorsal și al celui centromedian. Activări consistente la nivelul hipotalamusului, puse în evidență în 52 de studii asupra emoțiilor, reflectă rolul acestei regiuni în reglarea răspunsurilor în situații de stres, a comportamentului motivat, dar și controlul stărilor corporale prin intermediul sistemului endocrin. (Kober et al, 2009)

2. LEGĂTURA DINTRE ASIMETRIA CEREBRALĂ ȘI PROCESAREA EMOȚIILOR. MODELE ALE ASIMETRIEI CEREBRALE ÎN PROCESAREA EMOȚIILOR

În ciuda progreselor constante în studierea creierului cu ajutorul mijloacelor imagistice, precum și al autopsiilor efectuate asupra pacienților cu leziuni cerebrale, distribuția exactă a asimetriilor cerebrale, precum și implicarea diferitelor sub-regiuni corticale în diferite aspecte ale vieții curente și, în mod particular, în producerea și exprimarea emoțiilor, e departe de a fi complet elucidată. Principalele teorii formulate în privința rolului asimetriei cerebrale în procesarea emoțiilor sunt *modelul emisferei drepte* și *ipoteza valenței*. În ultimii ani un nou model a fost postulat – *ipoteza motivațională a apropierii și retragerii.*

Modelul emisferei drepte. Este cea mai veche teorie legată de lateralizarea cerebrală. Ea atribuie emisferei stângi rolul preponderent în cadrul proceselor cognitive, în timp ce emisfera dreaptă se consideră a fi implicată în aspectele emoționale. Ideea datează încă de la începutul secolului XX, când s-a observat că pacienții cu leziuni cerebrale la nivelul emisferei drepte manifestau o diminuare a expresivității emoționale sau chiar indiferență emoțională. Ulterior, către sfârșitul secolului trecut, numărul studiilor și al argumentelor în sprijinirea acestei idei a crescut – manifestarea mai

intensă a expresiilor faciale în partea stângă a feței a fost atribuită de un studiu relizat de Sackeim și colaboratorii rolului jucat de emisfera dreaptă în producerea emoțiilor. Adolphs și colaboratorii au confirmat că pacienții cu leziuni cerebrale în partea dreaptă aveau dificultăți mai mari decât cei cu leziuni ale emisferei stângi în recunoașterea expresiilor faciale (Torro Alves et al., 2008). Există, de asemenea, numeroase evidențe ale faptului că emisfera dreaptă deține superioritatea în perceperea stimulilor emoționali în cazul persoanelor fără afecțiuni neurologice (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

Ipoteza valenței Dacă modelele timpurii tindeau să atribuie funcțiile cognitive și emoționale unei singure emisfere, în ultimele decenii cercetătorii și-au nuanțat punctul de vedere, către o dominanță relativă, în defavoarea unei dominanțe absolute. *Ipoteza valenței* atribuie emisferei stângi un rol dominant în producerea emoțiilor pozitive, iar emisferei drepte un rol dominant în producerea emoțiilor negative. Primele descoperiri i-au aparținut lui Goldstein care, în 1939, a arătat că leziunile la nivelul emisferei stângi determinau o incidență mai mare a reacțiilor depresive decât în cazul leziunilor emisferei drepte, care produceau, dimpotrivă, o tendință mai puternică spre apariția râsului patologic. Ipoteza valenței, susținută preponderent de Davidson și colaboratorii săi, stipulează ca *pattern*-ul dominanței emisferice depinde de valența emoțională a stimulului. Emisfera stângă este dominantă pentru procesarea emoțiilor pozitive (fericire, surpriză), în timp ce emisfera dreaptă este dominantă pentru procesarea emoțiilor negative (frică, mânie, dezgust); (Torro Alves et al., 2008). La nivelul limbajului, dacă aspectele cognitive ale acestuia rămân pentru cea mai mare parte a populației (chiar și pentru persoanele cu lateralizare stânga a corpului) localizate în emisfera stângă, în ariile Broca și Wernicke, emisfera dreaptă asigură intonația emoțională a vorbirii.

În cazul mai multor studii asupra pacienților cărora li s-a administrat amital sodic s-a pus în evidență că, în timp ce emisfera stângă este anesteziată, pacienții suferă o „reacție catastrofică", pusă pe seama faptului că emisfera dreaptă este lipsită de inhibiția contralaterală. Reciproc, atunci când emisfera dreaptă este anesteziată cu amital sodic, au fost raportate reacții euforice (Elias. Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

Wagner și colaboratorii (2003) au arătat însă că tratarea întregii emisfere (dreapta sau stânga) ca unitate de măsură pentru studiul emoțiilor ar putea fi o abordare prea generală, în timp ce stucturi mai mici din cadrul fiecărei emisfere pot explica mai bine prevalența anumitor emoții (insula stângă, nivelul sublenticular al amigdalei și cortexul frontal medial). Astfel, în cadrul ipotezei valenței, rolul cel mai important a fost atribuit amigdalei și cortexului prefrontal.

Amigdala a fost deseori asociată cu afectivitatea negativă. Leziuni în structura sa pot diminua răspunsul emoțional și afecta recunoașterea expresiilor faciale de frică și mânie (Calder et al.. 2004 *apud* Torro Alves et al., 2008). Mervaala și colaboratorii au identificat o diminuare a volumului nucleului amigdalic stâng în cazul pacienților cu depresii puternice (Torro Alves et al., 2008).

Cortexul pre-frontal (CPF) mediază controlul funcțiilor cognitive și este, în același timp, asociat cu reglarea a numeroase aspecte ale sistemului afectiv. Davidson a arătat că CPF stochează reprezentarea scopurilor și a mijloacelor de atingere a acestora, operând pe baza unui sistem decizional bazat pe emoții (Davidson, 2003). CPF este o regiune cu o puternică asimetrie afectivă. Regiunea anterioară a emisferei stângi este legată de comportamente de apropiere și afecte pozitive, în vreme ce porțiunea anterioară a emisferei drepte este asociată comportamentelor de de retragere și afectivității negative, așa cum a arătat studiul lui Jones și Fox (*apud* Torro Alves et al., 2008).

Davidson (1995) a propus divizarea sistemului emoțional în trei componente distincte: percepția emoției, trăirea acesteia și exprimarea emoției. Pentru fiecare dintre aceste componenete sunt activate diferite substraturi neurale, care ar putea explica diferențele între teoria emisferei drepte și cea a valenței, prin prisma faptului că, în fiecare din cele două ipoteze, cercetătorii s-au oprit asupra unor componente diferite ale emoțiilor. În cadrul modelului valenței numărul cel mai mare de cercetări a fost dedicat trăirii (experienței) emoției.

Cercetările lui Davidson și ale colaboratorilor săi sunt exhaustive, aceștia reușind, pe parcursul a aproape trei decenii, să ofere un model complex și aproape complet al circuitului neural al emoțiilor din perspectiva postulatelor teoriei valenței. Componenetele-cheie ale acestui model sunt cortexul pre-frontal și amigdala.

Davdison și colaboratorii au studiat în principal sectoarele dorsolaterale și orbito-frontale ale *cortexului prefrontal*. La nivelul cortexului orbitofrontal (ariile Brodman 12 și 13) au loc proiecțiile nucleului dorsomedial al talamusului (zona magnocelulară), această zonă fiind asociată tradițional cu procesarea emoțională. La nivelul cortexului dorsolateral proiectează zona parvocelulară, laterală, a nucleului dorsomedial al talamusului și, deși această zonă a fost considerată a fi implicată doar în memoria de lucru, s-a demonstrat că are un rol important și în procesarea emoțiilor. În plus există diferențe semnificative interemisferice la nivelul celor două zone din CPF menționate. Astfel, în cazul pacienților cu leziuni unilaterale ale CPF stâng s-a demonstrat apariția unei incidențe mai mari a simptomelor depresive, fapt explicat, în cadrul teoriei valenței, prin rolul jucat de emisfera cerebrală stânga în formarea afectivității pozitive (Davidson, Jackson, Kalin, 2000).

Experimentele efectuate de Davidson în anii '90 au pus în evidență faptul că sentimentele de dezgust și frică din timpul vizionării unui film au determinat o creștere a activării prefrontale și temporale a emisferei drepte. Ulterior, cercetătorul american și echipa sa au demonstrat că, în timpul manifestării afectivității negative, apare o creștere a ratei metabolice în girusului drept (porțiunile anterior orbitală, inferior frontală, medie și superior frontală), în timp ce afectivitatea pozitivă a corelat cu o creștere a metabolismului în girusul pre și post central stâng (Davidson, Jackson, Kalin, 2000)

CPF este implicat și în anticiparea consecințelor unor lucruri, consecințe care puteau determina afectivitate

pozitivă sau negativă. Davison și colaboratorii au arătat că persoanele cu fobie socială prezintă o activare crescută a emisferei drepte atunci când anticipează faptul că vor trebui să țină un discurs în public. (Davidson, Jackson, Kalin, 2000).

Extrem de importante pentru ipotezele studiului nostru sunt cercetările efectuate de Cacioppo și Gardner, respectiv Taylor (Cacioppo, Gardner, 1999; Taylor, 1991 *apud* Davidson, Jackson, Kalin, 2000) care arată că o creștere a activării în sectoarele drepte ale CPF determină o creștere mai crescută a afectivității negative, decât creșterea afectivității pozitive înregistrată în emisfera stângă în zona CPF. Acest lucru este explicat de Davidson prin prisma *bias*-ului negativ, „adică tendinței generale a organismului de a reacționa mai puternic la stimulii negativi față de cei pozitivi, probabil ca o consecință a presiunii la care a fost supus de-a lungul evoluției de a evita răul" (Davidson, Jackson, Kalin, 2000, p. 895).

Implicarea amigdalei în cadrul proceselor emoționale a fost pusă în evidență atât în cazul cercetărilor efectuate asupra animalelor, cât și în cazul oamenilor. În multe dintre acestea, s-a considerat că amigdala intervine în exprimarea afectelor negative deja învățate. Studiile imagistice au identificat o activare mai mare a amigdalei în cazul stimulilor negativi decât cei pozitivi, însă Davidson a explicat acest lucru atât prin prisma *bias*-ului negativ, cât și prin faptul că, în condiții de laborator, afectivitatea negativă indusă s-a demonstrat a fi mai mare decât cea pozitivă. Cercetările privind modul de activare a amigdalei sunt inconsistente, unele arătând că, în cazul afectivității negative, nucleul stâng amigdalian se activează mai mult decât cel drept, iar altele susținând, dimpotrivă, că nuclul drept se activează mai mult. De asemenea, nu este clar dacă amigdala este implicată în exprimarea continuă a afectului negativ sau doar în învățarea inițială a acestuia (Davidson, Jackson și Kalin, 2000).

Din perspectiva circuitului neural al emoțiilor, Davidson a demonstrat că există diferențe semnificative între indivizi în ceea ce privește magnitudinea și direcția activării de bază la nivelul CPF. Aceste diferențe prezic starea de spirit, comportamentul de activare sau inhibare, reactivitatea la stimulii pozitivi sau negativi, nivelul de bază al funcțiilor imunitare, precum și reactivitatea sistemului imunitar în cazul stărilor emoționale. Acestea au fost puse în legătură cu rolul CPF în reglarea timpului de răspuns emoțional și inhibarea afectului negativ. Persoanele cu un nivel mai mare de activare a CPF stâng își pot reveni mai repede din stările de afect negativ sau de stress decât indivizii cu o activare mai mare a CFP. În plus, s-a identificat o legătură între CPF și amigdală – în absența inputului de stingere a emoției negative, amigdala rămâne activată, perpetuând trăirile negative. Legătura se realizează prin mecanismul glucozei. Astfel, studii PET au arătat că metabolsimul glucozei în CPF stâng (în zonele medială și laterală) are un corespondent invers în metabolismul glucozei la nivelul amigdalei. Astfel. un metabolism al glucozei mai ridicat în CPF stâng determină o diminuare a activării amigdalei și, deci, diminuarea timpului de trăire a afectelor negative. Studiile de laborator au indicat o corelare între metabolismul ridicat al glucozei în nucleul amigdalian drept și scorul la scala AN (Afectivitate Negativă) din cadrul PANAS (Scala afectivității pozitive și afectivității negative). În alte studii, indivizii cu un metabolism mai ridicat al glucozei la nivelul nucleului amigdalian drept și-au amintit mai multe secvențe negative dintr-un film și au avut reacții electrodermale mai puternice (Davidson, Jackson și Kalin, 2000).

Modelul motivațional al apropierii și retragerii. Modelul a fost propus în 2005 de Demaree și colaboratorii săi. Aceștia susțin că emoțiile sunt puternic asociate comportamentului indivizilor în mediul în care se află. Fericirea, surpriza și mânia sunt considerate a fi emoții de apropiere deoarece indică o interacție a individului cu stimulii din mediu. Pe de altă parte, tristețea, frica și dezgustul sunt emoții de retragere, pentru că individul încearcă să evite stimulii din mediu care i-ar putea provoca aceste reacții (Torro Alves et al., 2008). Studiile de imagistică cerebrală realizate de Davidson au arătat că mânia nu utilizează același model de activare prefrontală în cadrul emisferei drepte care apare în cazul emoțiilor negative asociate comportamentului de retragere (Davidson, 2000).

3. LEGĂTURA DINTRE LATERALIZAREA CORPORALĂ ȘI PROCESAREA EMOȚIILOR

Studiile dintre lateralizarea somatică și lateralizarea emisferică a emoțiilor sunt foarte puține, fie pentru că cercetări mai vechi, realizate în anii 80 ai secolului trecut, nu au descoperit corelații semnificative și astfel acest teren a fost abandonat, fie pentru că s-a considerat adesea că lateralizarea corporală corelează mai puternic cu activări diferite la nivelul cortexului motor și nu și la nivelul structurilor cerebrale implicate în procesare emoțiilor. De asemenea, cea mai mare parte a studiilor privind lateralizarea emoțiilor sunt cele efectuate de Davidson și colaboratorii săi, în cadrul teoriei valenței. Ori, așa cum am arătat anterior, aceste studii insistă prioritar asupra considerentelor de ordin bio-chimic (mecanismul de procesare a glucozei) care determină lateralizarea emoțiilor.

Puținele cercetări efectuate în ultimul deceniu au stabilit o serie de corelații între lateralizarea vizuală și auditivă și procesările emoționale, precum și între lateralizarea membrelor și manifestări privind stresul sau anxietatea. Prezentăm în continuare, succint, aceste rezultate. Din redarea lor se poate observa că, spre deosebire de numărul mare de cercetări realizate cu privire la realția dintre lateralizarea cerebrală și emoții, în domeniul lateralizării somatice există numeroase arii de studiu neacoperite și, în consecință, numeroase oportunități.

Studiile efectuate de McKeever (*apud* Elias et al., 1998) au pus în evidență o superioritate a câmpului vizual stâng pentru perceperea emoțională a stimulor, arătând că avantajul preexistent al CVS în recunoașterea fețelor a fost amplificat atunci când fețele trădau manifestări emoționale. De asemenea, s-a demonstrat existența unui avantaj auditiv al urechii stângi. în cazul recunoașterii unor stimuli emoționali (Haggard, Parkinson, *idem*). Un studiu efectuat de Elias și colaboratorii săi au indicat o specializare auditivă, AUS apărând în cazul sarcinilor de recunoaștere a tonului vocii, în timp ce avantajul auditiv al urechii

drepte a apărut în cazul unei sarcini de procesare rațională - discriminarea între o serie de paronime.

Elias și colaboratorii (*ibidem*) au arătat că preferința pentru un anumit picior, spre deosebire de lateralizarea mâinii, este un predictor mai bun al lateralizării cerebrale a emoțiilor. Astfel, 94% dintre participanții cu lateralizare dreaptă a piciorului au prezentat AUS, în timp ce doar 63% dintre participanții cu lateralizare stânga a piciorului au prezentat AUS. Indivizii cu lateralizare dreapta a piciorului au prezentat AUS semnificativ, în timp ce subiecții cu lateralizare stânga a piciorului au prezentat AUS nesemnificativ. Participanții cu lateralizare stânga și pentru mână și pentru picior au prezentat AUD nesemnificativ și cel mai mic procentaj al AUS – 38%. Toti participanții cu lateralizare dreapta a piciorului (indiferent de lateralizarea stânga sau dreapta a mâinii) au prezentat AUS semnificativ (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998).

Un studiu efectuat de Choudhary și O'Caroll (*in* Spivak et al., 2003) a evidențiat o prevalență a lateralizării mâinii drepte în cazul veteranilor de război și a copiilor ce prezentau sindrom de stres post-traumatic (PTSD). În plus, stângacii au avut scoruri semnificativ mai mari în privința simptomelor de izbucnire a manifestărilor PTSD. Acest studiu a confirmat rezultatele obținute anterior de Spivak și colaboratorii săi: un eșantion de 80 de bărbați cu PTSD dezvoltat în urma participării într-un conflict militar, au prezentat lateralizare stânga sau mixtă într-o proporție de 65% față de un eșantion de control, fără PTSD, unde incidența lateralizării a fost de 43%. Autorii consideră că rezultatul poate fi explicat prin prisma faptului că în cazul pacienților cu PTSD există o asimetrie mai slabă interemisferică, fapt ce permite emisferei drepte să joace un rol mai activ în procesarea perceptuală, cognitivă și în reglementarea raspunsurilor biologice.

Cel mai recent studiu pe această temă, realizat la sfârșitul anului 2011 de Wright și Hardie, a arătat că stângacii prezintă un nivel mai ridicat al anxietății, ca stare, în cadrul unei situații experimentale. Astfel, deși în studiu au fost incluși subiecți cu același nivel al anxietății de bază, stângacii au prezentat un nivel mai ridicat al răspunsului emoțional la stimulii cercetării. De asemenea, folosind ANCOVA pentru a studia influența anxietății ca trăsătură de caracter asupra anxietății ca stare de moment, rezultatele pentru stângaci au indicat o influență a lateralizării mâinii. Autorii consideră că reactivitatea mai mare a persoanelor cu lateralizare stânga poate influența modul în care aceștia răspund într-o situație nouă. Rezultatele susțin rolul emisferei cerebrale drepte în influențarea afectivității negative. (Wright, Hardie, 2011)

Rezultatele acestui studiu corespund cu observațile noastre de-a lungul timpului, și anume că stângacii au o reactivitate emoțională mai mare față de dreptaci. Aceste observații au constituit punctul de plecare pentru un studiu experimental, în care ne-am propus să identificăm dacă există o legătură între lateralizarea somatică și modul de interiorizare și exprimare a trăirilor emoționale. Acest studiu va fi prezentat într-un articol ulterior.

4. BIBLIOGRAFIE

Annett, M. (2002). *Handedness and Brain Asymmetry. The Right Shift Theory*. Hove, East Sussex: Psychology press.

Beaton, A.A (2004). The nature and Determinants of handedness. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.

Berridge, C.W., Espana A.R., Stalnaker T.A., Stress and Coping: Dopamine Efferents within the Prefrontal Cortex. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.

Bishop, D.V.M., Ross, V.A., Daniels, M.S., Bright, P. (1996). The Measurement of Hand Preference: a Validation Study Comparing Three Groups of Right-Handers. *British Journal of Pshychology*, Vol. 86, 269-285.

Bourassa D.C., McManus I.C., Bryden M.P. (1996). Handedness and Eye-Dominance: a Meta-Analysis of Their Relationship, *Laterality*, Vol. 1, 5-34.

Bryden, Roy, E.A., M.P., McManus, I.C., Bulman-Fleming M.B. (1997). On the Genetics and Measurement of Human Handedness, *Laterality*, 2 (3/4), 317-336.

Byrd, T. (2008). Left Handedness and Increased Mortality – is There a Link?, http://healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2008/LeftHand.htm. accesat la 24.01.2012.

Carey, P.D., Smith, T.D., Martin, D., Smith, G., Skriver, J., Rutland, A., Shepherd, W. J. (2008) The Bi-pedal Ape: Plasticity and Asymmetry in Footedness, *Cortex*, Vol. 45, 650-661.

Choudary, J.C., O'Carroll, E. R. (2007). Left Hand Preference Is Related to Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, No. 3, 365-369

Clavero J.M., Estévez J.P., Alvarez G. (1993). Left-Handedness and Diabetes Mellitus of Autoimmune Origin, Rev Med. Chil., 121(8), 903-907.

Craig, A.D. (2004). Human Feelings: Why Are Some More Aware than Others?, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 8 (6), 239–241.

Craig, A.D. (2010). The Sentient Self, *Brain Struct Funct*, 214, 563–577

Crawford, R.J., Henry, D.J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct Validity, Measurement properties and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample, *British Journal of Clinical Pshychology*, 43, 245-265.

Crow T. J., Close J. P., Dagnall A. M., Priddle T. H. (2009). Where and what is the Right Shift Factor or Cerebral Dominance Gene? A Critique of Francks et al., *Laterality*, 14 (1), 3-10.

Dassonsville, P., Zhu, X.-H., Ugurbil, K., Kim, S.-G., Ashe, J. (1997). Functional Activation in Motor Cortex Reflects the Direction and the Degree of Handedness, *PNAS*, Vol. 94, No. 25, 14015-14018.

Davidson, J.R., Jackson, R.J., Kalin, H.N. (2000). Emotion. Plasticity. Context and Regulation: Perspectives from Affective Neuroscience, *Pshychological Bulletin*, Vol. 126, No. 6, 890-909.

Davidson, J.R. (2003). Darwin and the Neural Bases of Emotion and Affective Style, *Annals of New York Academy of Sciences*, Vol. 1000, 316-336.

Deutsch, D., (1980). Ear dominance and sequencial interactions, *Journal of the Acoustical Society of America*, Vol. 67 (1), 220-228.

Donaldson, G, Johnson, G. (2006). The Clinical Relvance of Hand Preference and Laterality, *Physical Therapy Review*, Vol. 11(3), 195-203(9).

Elias, J.L., Bryden, M.P., Bulman-Fleming, M.B. (1998). Footedness Is a Better Predictor than is Handedness of Emotional Lateralization, *Neuropsychologia*, Vol. 36, No.1, 37-43.

Francks C., Maegawa S., Laurén J., et al. (2007). LRRTM1 on Chromosome 2p12 is a Maternally Suppressed Gene that is Associated Paternally with Handedness and Schizophrenia,. Mol. Psychiatry 12 (12), 1129–1139.

Gabbard, C., Hart, S. (1996). A Question of Foot Dominance, *The Journal of General Pshychology*, Vol. 123, No. 4, 289-296.

Geschwind, H.D., Miller, L. B., DeCarli, C., Carmelli, D. (2001). Heritability of Lobar Brain Volumes in Twins Supports Genetic Models of Cerebral Laterality and Handedness *PNAS*, Vol. 99, No. 5, 3176-3181.

Golu, Mihai, (2004). *Bazele psihologiei generale*, București: Editura Universitară.

Gong G., Jiang T., Zhu C., Zang Y., He Y., Xie S., Xiao J. (2005). Side and Handedness Effects on the Cingulum from Difusion Tensor Imaging, *Neuroreport*, 16 (15), 1701-1705.

Gratz, L.K., Roemer, L., (2004). Multidimensional Assesment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychology and Behavioral Assesment*, Vol. 26, No. 1, 41-54.

Grimshaw, M.G., Bryden, M.P., Finegan, K. J-A. (1995) Relations Between Prenatal Testosterone and Cerebral lateralization in Children, *Neuropsychology*, Vol. 9(1), 68-79.

Hagan, Monica, (2009). Sinister origins: The Potential Roots of Left-Handedness, http://www.transy.edu/holleian_society/journal2009.htm, accesat la 24.01.2012.

Hermans, M.P., Ahn, S.A., Selvais, P.L., Rousseau M.F. (2009). Handedness, Insulin Sensitivity and Pancreatic B-cell Function in Type 2 Diabetes. *Diabet Med.*, 26 (12), 1289-1292.

Hofmann, G.S., Kashdan, B.T. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric Properties. *Journal of Pshychopathology and Behavioral Assesment*, 32, 255-263.

Kober, H., Feldman Barrett, L., Joseph, J., Bliss-Moreau, L., Lindquist, K., Wager, T., D. (2009). Functional Grouping and Costical-subcortical Interactions in Emotion: A Meta-analysis of Neuroimaging Studies, *Neuroimage*, 42(2), 998-1031.

Marshall. L.H.. Magoun. W.H. (1998). *Discoveries in Human Brain, Neuroscience Prehistory, Brain Structure and Function*, Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.

McManus, I.C., Bryden, M.P., Geschwind (1991). Theory of Cerebral Lateralization: Developing a Formal, Causal Model, *Psychological Bulletin*, Vol. 110, No. 2, 237-253.

McManus, I.C. (1999). Handedness, Cerebral Lateralization and the Evolution of Language, in *The Descent of Mind: Pshychological Perspectives on Hominid Evolution*, 194-217, Oxford: Oxford University Press.

Ochsner K.N., Gross J.J., (2005). Putting the 'I' and the 'Me' in Emotion Regulation: Reply to Northoff, *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 409-410.

Oldfield, R.C. (1971). The Assesment and Analysis of Handedness: The Edinburgh Inventory, *Neuropshychologia*, Vol. 9, 97-113.

Previc, H. F. (1991). A General Theory Concerning Prenatal Origins of Cerebral Lateralization in Humans, *Pshychological Review*, Vol. 96, No.3, 299-334.

Reid, C. S., Serrien, D.J (2012). Handedness and the Excitability of Cortical Inhibitory Circuits, *Behavioural Brain Research*, 230 (1), 144-148.

Roth, Melissa (2005). *The Left Stuff: how the left-handed have survived and thrived.* Maryland: The Rowman & Littlefield Publishing Group Inc.

Searleman, A., Fugagli K.A., (1987). Suspected Autoimmune Disorders and Left-Handedness: Evidence from Individuals with Diabetes, Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, *Neuropsychologia*, 25(2), 367-74.

Siebner, R.H., Limmer, C., Peinemann A., Drzezga A., Bloem R. B., Schwaiger M., Conrad B. (2002). *The Journal of Neuroscience*, 22(7), 2816–2825.

Sokal, H.B., Allen, J.B.J. (2008). The Reliability and Validity of Self-Reported Footedness, www.psychofizz.org, accesat la 24.01.2012.

Spivak, B., Segal, M., Mester, R., Weizman, A., (1998). Lateral Preference in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychol Med.*, Vol. 28, No. 1, 229-232.

Szabo, C.A, Xiong, J., Kancaster, L.J., Rainey, L., Fox, P., (2001). Amygdalar and Hippocampal Volumetry in Control Participants: Differences Regarding Handedness, *American Journal of Neuroradiology*, Vol.22, No.1, 1342-1345.

Torro Alves, N., Fukusima, S.S., Aznar-Casanova, J.A. (2008). Models of Brain Asymmetry in Emotional Processig, *Psychology & Neuroscience*, Vol. 1, No.1, 63-66.

Watson, D., Clarck, L.A., Tellegan, A. (1988). Development and Validation on Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

Wagner T.D., Phan L.K., Liberzon, I., Taylor S.F. (2003). Valence, Gender and Lateralization of Functional Brain Anatomy in Emotion: a Meta-Analysis of Findings from Neuroimaging. *NeuroImage*, Vol. 19, 513-531.

Willis, M.W., Ketter T.A., Kimbrel, T.A., George, M.S., Herscovitvch, P., Danielson, A.L., Benson B.E., Post. R.M. (2002) Age. Sex and Laterality Effects on Cerebral Glucose Methabolism in Healthy Adults, *Psychiatry Research Neuroimaging*, 114, 23-37.

Wright, L., Hardie, M.S. (2011). Are Left-Handers Really More Anxious?, *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 1-14.

Yeo, A.R., Gangestad, W.S. (1993). Developmental Origins of Variation in Human Hand Preference, *Genetica*, Vol. 89, 281-296.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PERSPECTIVE TEORETICE ASUPRA LATERALITĂȚII

OLIVIA CIUBOTARIU, VIOLETA S. ROTĂRESCU
Universitatea din București, olivia.ciubotariu@gmail.com, rotarescu.violeta@gmail.com

ABSTRACT: This paper aimes the analysis of the existance of relevant and significant links in between direction and degree of body lateralization (which could be assessed via handedness, footedness, eye dominance and their degree) via the analysis of several theoretical frames.
The theoretical approach was based on review of scientific research on causes of laterality (genetic, bio-chemical, neurologic and physiological explanations). This paper represents the basis of one of the very few studies done worldwide on link between body lateralization and emotional affect. Results obtained are to be presented in a different paper.
Key words: lateralization, lateral dominance, causes of laterality.

1. INTRODUCERE

Lateralitatea (Random House Dictionary) reprezintă dominanța sau dezvoltarea superioară a unei părți a corpului sau a creierului față de cealaltă parte. (Hagan, 2009) Lateralizarea se referă și include preferința pentru o anumită mână, picior, ochi sau ureche, precum și dominanța cerebrală. Dintre acestea, preferința pentru mână este unul dintre aspectele cel mai ușor de observat în comportamentul uman și cel mai studiat de literatura de specialitate.

Preferința pentru o anumită mână este "înclinația naturală a unei persoane de a efectua o anumită sarcină cu o mână mai degrabă decât cu cealaltă, iar *performanța* este dexteritatea în efectuarea respectivei sarcini. Preferința pentru o anumită mână este parte integrantă a unei funcții cerebrale mai degrabă decât o funcție specifică a mâinilor." (Donaldson & Johnson, 2006, p. 1)

McManus a atras atenția asupra necesității diferențierii între direcția și gradul manualității. *Direcția* este un indicator al dominanței mâinii stângi sau drepte, în vreme ce *gradul* se referă la intensitatea sau mărimea respectivei dominanțe. Cercetătorul consideră că direcția lateralizării este determinată genetic, în vreme ce nu există suficiente studii asupra a ceea ce determină un anumit grad al lateralizării. (McManus, 1999) Din punct de vedere ontogenetic, preferința pentru o anumită direcție a lateralizării începe să se manifeste la vârsta de 18-24 de luni, în timp ce gradul lateralizării continuă să se dezvolte de-a lungul copilăriei și, posibil, chiar de-a lungul întregii vieți (de exemplu, situațiile în care o persoană, născută stângace, este forțată în copilărie să învețe să scrie cu dreapta. pentru ca. la vârstă adultă, să învețe să scrie cu stânga).

Un alt element important îl constituie distincția *preferință – abilitate*: în cazul unor persoane, deși preferința pentru o anumită mână este mai mare, abilitatea de a realiza sarcini cu respectiva mână poate fi mai mică decât abilitatea mâinii opuse. S-a observat că, în cazul copiilor cu Sindromul X fragil, majoritatea prezintă o preferință pentru mâna dreaptă, însă 50% dintre ei au o abilitate mai mare pentru aceeași sarcină atunci când folosesc mâna stângă (McManus, 1999). În cazul experimentelor practice, preferința pentru o anumită mână este mai mare în cazul scrisului decât în cazul forței de prindere, pentru a ținti față de a tasta și pentru introducerea cuielor în găuri față de scoaterea lor (Bryden, 1997).

Preferința pentru o anumită mână a fost analizată dihotomic, trihotomic sau pe un continuum. Din perspectivă *dihotomică*, indivizii sunt considerați a fi stângaci sau dreptaci. Varianta *trihotomică* introduce categoria persoanelor cu lateralitate mixtă. În această a treia tipologie sunt încadrați indivizii care nu prezintă o înclinație clară și puternică spre sinistralitate sau dextralitate, ci au lateralitate inconsistentă, indeterminată sau sunt ambidextre. Ambidexteritatea este considerată preferința și capacitatea de a realiza aceeași sarcină cu oricare dintre cele două mâini și, în practică, e puțin frecventă. În cazul *continuumului*, lateralitatea este privită de la extrema stângă către cea dreaptă, subiecților atribuindu-li-se un coeficient de lateralitate în urma efectuării unor teste specifice.

În funcție de modul în care diferiți autori consideră preferința pentru o anumită mână în baza celor trei criterii, procentajele privind incidența diferă. Astfel, incidența absolută a direcției preferințelor este de aproximativ 90% pentru mâna dreaptă și 10% pentru mâna stângă (Fabre-Thorpe, 1993 *apud* McManus, 1999). Gradul ridicat de specializare a oamenilor către dreapta este inexplicabil, ținând cont că distribuția este mai variată în regnul animal – studiile asupra cimpanzeilor și gorilelor în captivitate indicând o majoritate pentru folosirea mixtă a ambelor brațe și doar procente mici ale animalelor cu preferință pentru brațul stâng sau cel drept.

Studiile efectuate de Annett de-a lungul timpului au indicat o incidență de aproximativ 66% a celor care nu prezintă nici un fel de lateralizare a mâinii spre stânga (pentru nici o activitate din cele frecvente), respectiv o incidență de aproximativ 30% a celor care efectuează una sau mai multe sarcini cu mâna stângă (este, de fapt, o lateralizare mixtă, în diferite grade). Autoarea citează și rezultatele altor studii. "Ambilateralitatea se definește ca preferință egală sau indiferentă pentru oricare dintre mâini. Ambilateralitatea adevărată este rară, în timp ce lateralizarea mixtă se întâlnește la 30% din populație" (Porac, Coren, 1981 *apud* Annett, 2002, p. 31).

Preferința pentru un anumit picior în cazul efectuării unei sarcini se stabilește în funcție de mișcările de mobilizare sau de stabilizare efectuate. Astfel, în general se utilizează un membru pentru manipulare (ex:

lovirea unei mingi de fotbal, urcarea pe o treaptă, desenarea pe nisip), în timp ce membrul celălalt asigură echilibrul postural. Se consideră că piciorul dominant este cel care realizează manipularea (mișcarea) propriu-zisă, în timp ce piciorul care asigură susținerea și echilibrul în timpul efectuării sarcinii este non-dominant. Prin prisma acestei definiții, pentru a putea stabili cu exactitate care picior este dominant, este necesară utilizarea în evaluare a unor sarcini bilaterale. Efectuarea de activități unilaterale (de tipul balansării unui picior sau săritului pe un picior) pot produce erori în evaluare, deoarece nu permit diferențierea clară a distribuției rolurilor între cele două membre. Ca și preferința pentru mâna dreaptă, lateralizarea piciorului prezintă și ea, o distribuție mai accentuată către piciorul drept, Carey și colaboratorii indicând o incidență de 80% la nivelul populației analizate. (Carey et al., 2008)

Dominanța vizuală este definită ca preferința pentru a folosi un ochi mai degrabă decât celălalt în sarcini vizuale monoculare (de exemplu, pentru a privi la microscop). Dominanța oculară este mai puțin stabilă decât lateralizarea mâinii sau piciorului și se poate schimba prin exercițiu, prin acoperirea sistematică a unuia sau altuia dintre ochi. De asemenea, în situațiile în care se folosesc ambii ochi, în funcție de distanța până la obiectul privit, dominanța între cei doi ochi se modifică, urmare a schimbării mărimii imaginii pe retină. Dominanța vizuală a fost asociată cu diferite afecțiuni; astfel, există o prevalență a dominanței ochiului stâng în cazul pacienților cu sindrom Williams – Beuren sau printre persoanele afectate de migrenă cronică.

Dominanța auditivă presupune că una din urechi procesează prioritar un sunet față de cealaltă ureche, în cazul unei audiții bilaterale ce implică transmiterea către fiecare din cele două urechi a două tonuri de frecvențe diferite. Efectul a fost descoperit în deceniul al optulea al secolului trecut – studiile au arătat că sunetul auzit tinde să corespundă frecvenței livrate către urechea dominantă mai degrabă decât frecvenței livrate către urechea non-dominantă, ceea ce înseamă că, frecvența livrată către urechea dominant e percepută, în vreme ce frecvența livrată către cealaltă ureche nu. Predominanța auditivă a fost pusă în evidență și în cazul în care s-a trimis aceeași frecvență către ambele urechi (Deutsch, 1980).

Emisfera cerebrală stângă a fost considerată "dominantă" de neurologi prin prisma faptului că majoritatea centrilor care guvernează elementele relaționale (limbaj, raționalitate, mâna folosită cel mai frecvent – dreapta) sunt localizați în această parte a creierului. Prin opoziție, emisfera dreaptă a devenit "emisfera non-dominantă".

Privită dintr-o perspectivă integrată, lateralizarea apare ca un fenomen extrem de complex și, în același timp, individualizat, fiind rară o delimitare clară în două tipologii – ipsilaritate stânga totală, respectiv ipsilaritate dreapta completă. Studiile au indicat că 95% dintre persoanele cu lateralizare dreapta pentru mână au o preferință pentru piciorul drept, în timp ce 50% dintre cei care folosesc mai mult mâna stângă au o preferință pentru piciorul drept (Carey et al., 2008). Annett a sugerat procente de 87% și 96% ale preferinței pentru piciorul drept în cazul indivizilor cu lateralizare „slabă" sau „puternică" a mâinii drepte, respectiv 53% și 84% preferință pentru piciorul stâng în cazul celor cu lateralizare „slabă" sau „puternică" a mâinii stângi (Annett, 2008).

Într-un studiu similar, realizat de Newman-Keuls, participanții cu lateralizare ipsilaterală stânga (mână-picior) au avut o prevalență mai ridicată a avantajului auditiv al urechii drepte (AUD) (Elias, Bryden, Bulman-Fleming, 1998). Autorii consideră că rezultatele pot fi explicate prin prisma faptului că utilizarea piciorului a fost mai puțin supusă influențelor culturale și, în consecință, a suferit mai puține alterări în timp (comparativ cu situațiile în care persoanele cu lateralizare stânga a mâinii au fost forțate să folosească în activitățile vizibile social mâna dreaptă).

Tema căreia i s-au dedicat cele mai multe studii a fost relația dintre lateralizarea motorie (în special a mâinii) și lateralizarea emisferică a limbajului. Un studiu efectuat pe un eșantion de 140 de dreptaci și 122 de stângaci (definirea a fost considerată din perspectiva lateralizării mâinii) a relevant, în cazul dreptacilor, o predominanță a emisferei stângi pentru limbaj în cazul a 96% dintre aceștia și o predominanță a emisferei drepte pentru restul de 4%. Nici unul din dreptaci nu a prezentat o tendință de activare emisferică bilaterală. În cazul stângacilor, pentru 70% dintre ei centrii limbajului au fost identificați în emisfera stângă, la 15% în emisfera dreaptă și 15% aveau o distribuție bilaterală (Annett, 2002).

Unii autori, precum McManus (1985, p. 107), consideră că unicul criteriu care ar trebui luat în considerare în clasificarea și evaluarea lateralității ar trebui să îl constituie mâna pe care o persoană o folosește atunci când scrie, pentru că aceasta "obține cel mai ridicat scor în privința lateralizării și este, probabil, măsura pe care se poate conta în cel mai înalt grad (evident, ținând cont de excepția cazurilor de schimbare forțată a mâinii de scris ca urmare a presiunii sociale)" (McManus, 1985, *apud* Beates, 2004, p.107). Evident, astfel de abordare este simplistă, un contra-argument simplu fiind observația că o persoană poate avea o lateralitate mână-picior încrucișată. De asemenea, există culturi în care preferința pentru mâna stângă este puternic condamnată și descurajată, astfel încât o persoană stângace este obligată să își folosească mâna dreaptă în cadrul tuturor activităților realizate în public, deci nu doar în cazul scrisului. În aceste culturi, o astfel de persoană ar deveni, din cauza presiunii sociale, dreptace. Elias și colaboratorii au arătat că lateralitatea piciorului este un indicator mai bun al anumitor comportamente (răspunsul emoțional); (Elias, Bryden, Bulman-Fleming,1998). Considerăm, de aceea, că lateralitatea nu trebuie confundată cu preferința pentru folsirea unui anumit braț, fiind un concept mai larg.

Definirea lateralității doar în funție de mâna dominantă este una îngustă, pentru stabilirea direcției și gradului de lateralizare unei persoane fiind necesară considerarea mai multor criterii – lateralizare motorică (mână – picior), lateralizare auditivă și lateralizare vizuală. Pornind de la această abordare holistă, folosind mijloacele moderne de imagistică neurologică, s-ar putea realiza o mai bună înțelegere a specializării

segmentelor motorii şi a celor neuronale şi a corelaţiilor existente între aceste specializări, desigur, cu plusurile şi minusurile care ar rezulta din ceea ce Annett numea "puzzle"-ul lateralităţii.

2. O PERSPECTIVĂ SOCIO-ISTORICĂ ŞI CULTURALĂ ASUPRA LATERALITĂŢII

Primele evidenţe ale lateralizării dreapta a mâinii datează de aproximativ 1,5-1,6 milioane de ani şi au la bază asimetriile post-laterale ale craniului, scheletului, precum şi ale instrumentelor confecţionate din piatră (Walker, Leakey, 1993, *apud* McManus, 1999).

Studiile asupra reprezentărilor din peşterile din Lascaux au identificat 35 de imagini ale palmei stângi şi 7 ale celei drepte, ceea ce ar implica folosirea mai frecventă a stângii pentru activităţi fine de manipulare în Epoca de Gheaţă. Cu toate acestea, o preferinţă pentru mâna dreaptă în manevrarea armelor a fost identificată în desenele egiptene şi asiriene (cca 3000 îH). Mai mult, în reprezentările timpurii ale situaţiilor ce implicau scrierea, egiptenii şi sumerienii ţineau instrumentul de scris în dreapta. Aceeaşi practică a fost identificată în picturile mayaşe şi în lucrările tapisierilor din Bayeux din perioada medievală (Marshall, Magoun, 1998).

Cercetările asupra mormintelor egiptene antice, ilustrate cu scene din viaţa decedaţilor, au relevat faptul că aproximativ 6% dintre aceştia foloseau mâna stângă (Dennis, 1958 *apud* Annett, 2002). Analizele efectuate de Coren şi Porac asupra a 16 perioade istorice, începând cu anul 3000 îH, au indicat o incidenţă relativ constantă în timp şi în spaţiu (Europa, Africa, Asia şi America), aproximativ 7% din populaţie folosind preponderent mâna stângă (Annett, 2002).

De-a lungul timpului, lateralizarea a fost privită prin prisma principiului dualismului: *bun şi rău, sacru şi profan, divin şi demonic*.

Din *perspectivă religioasă*, stigmatizarea părţii stângi a corpului poate fi întâlnită de la Creştinism la Budism – semnul crucii se realizează cu mâna dreaptă, Isus "şade de-a dreapta Tatălui", în iconografie diavolul apare ţinând în mâna stângă o furcă, drumul stâng trebuie abandonat în favoarea drumului drept care duce către Nirvana, iar preferinţa pentru mâna stângă era un indiciu clar al capacităţii de a face vrăji în Anglia secolului XVII.

În practicile tribale, Maori consideră partea dreaptă a corpului "partea vieţii", în timp ce stânga e "partea morţii" – de aceea femeile sunt obligate să îşi ţină veşmintele ritualice în mâna dreaptă.

Tendinţa de a folosi mâna dreaptă este atât de înrădăcinată, încât cu greu mai sesizăm utilizarea exclusivă a acesteia în activităţile curente (când dăm mâna cu cineva, când ne închinăm, când ridicăm mâna în semn de salut, etc.). Singurul rol atribuit exclusiv mâinii stângi este acela de a purta verigheta. Se pare însă că şi acesta este stabilit cultural, încă de secole. Astfel, vechii greci, egiptenii şi romanii purtau un inel pe un deget de la mâna stângă pentru a se proteja de blestemele vrăjitoarelor. în timp ce triburile Maori contemporane au un ritual asemănător, dar pentru a proteja „partea mai slabă" a corpului de tentaţii şi de duhurile rele (Roth, 2005).

Lateralitatea a fost alteori asociată *dualismului masculin – feminin*, partea stângă, „mai neputiincioasă", fiind atribuită feminităţii. Zeul indian Shiva este reprezentat cu jumătatea dreaptă a corpului aparţinând unui bărbat, iar cea stângă unei femei; în Hinduism şi yoga partea stângă a corpului este partea feminină; aceeaşi simbolistică având-o şi partea stângă a Copacului Vieţii din Kabala. În Creştinism, partea dreaptă a corpului este masculină, rezultatul creaţiei primare, în timp ce partea stângă, feminină, e rezultatul creaţiei secundare, Eva apărând, probabil, dintr-o coastă din stânga corpului lui Adam. În practicile tribale, populaţiile Waluwanga din Australia folosesc, în cadrul ceremoniilor, două beţe pentru a cânta: cel din dreapta este considerat a fi bărbatul, iar cel din stânga, femeia. Întotdeauna bâtul din dreapta îl loveşte pe cel din stânga, dreapta fiind partea care acţionează, iar stânga partea care se supune (Roth, 2005).

Efectuarea sarcinilor cotidiene s-a realizat şi încă se mai realizează în unele culturi pornind de la prejudecata "*stânga e rea, dreapta e bună*". Astfel, Aristotel remarca în privinţa ritualurilor din Grecia antică. "Ei consideră bun tot ceea ce e amplasat în dreapta, deasupra sau în faţă şi rău tot ce e în stânga, dedesubt sau în spate" (Roth, 2005, p. 27).

Astfel, în culturile în care e o practică obişnuită ca, în timpul mesei, participanţii să ia mâncarea direct cu mâna dintr-un vas comun, acest lucru e rezervat doar mâinii "curate", considerată a fi mâna dreaptă, mâna stângă trebuind să fie folosită doar în cazul efectuării sarcinilor "murdare". Ca o consecinţă, în lumea islamică şi asiatică, incidenţa stângacilor este foarte mică – în Japonia mâna stângă este folosită de 1,37% din populaţie pentru a scrie şi de un maxim de 17,17% pentru a duce bagaje. În India incidenţa variază între 5,19% pentru scriere şi 10,79% pentru a ridica un obiect. (Bryden et al., 1997) Incidenţa lateralizării stângi în cazul etniilor arabe şi asiatice stabilite în SUA este mult mai mare, fapt ce indică importanţa influenţei mediului social.

Populaţiile Zulu introduc mâna stângă a copiilor în apă fierbinte, tocmai pentru ca aceştia să nu o mai poată folosi pe viitor, iar cele de pe cursul râului Niger interzic femeilor să folosească mâna stângă la prepararea mâncării.

Cea mai redusă preferinţă pentru folosirea mâinii stângi a fost identificată în insula Tristan da Cunha din Atlanticul de Sud, unde, în 1997, nici un locuitor nu utiliza stânga pentru a scrie, a arunca un obiect sau a se pieptăna şi exista un maxim de 7,69% a utilizării aceste mâini - pentru transportul bagajelor. (Bryden et al., 1997)

Persistenţa acestor credinţe, ritualuri şi obiceiuri de-a lungul timpului a dus la *stigmatizarea stângacilor*. Însăşi etimologia latină a termenului "sinistrals" semnifică răutate, demonism, perversitate, nenoroc, situaţii care trebuie combătute sau anihilate. "Lupta" împotriva "siniştrilor" a îmbrăcat forme diferite – de la uciderea sau pedepsirea a tot ce era "vrăjitoresc" şi până la forţarea, în secolul XX, de a folosi în activităţile curente doar mâna dreaptă. Astfel, în primul deceniu al secolului trecut, în SUA s-au organizat simpozioane pentru profesori şi părinţi pentru a-i convinge să îi

determine pe copiii stângaci să folosească mâna dreaptă, pentru a-i "învăța valoarea conformității." (Roth, 2005)

Regimurile comuniste din Estul Europei condamnau aspru folosirea mâinii stângi, învățătorii impunându-le frecvent elevilor schimbarea mâinii la scriere/desen.

În 1998, un sfert din tinerii stângaci din SUA intervievați au raportat încercări de a-i convinge să folosească mâna dreptă și nu cea stângă în efectuarea unor sarcini vizibile (scris, mânuirea unor obiecte, etc.); (Roth, 2005). Din păcate, practica aceasta este perpetuată în continuare în sistemul de învățământ din China, Coreea și Taiwan. Două studii citate de Melissa Roth au relevant că această practică a cadrelor didactice, dublată de sancțiunile aplicate de părinți, au efecte negative asupra copiilor - care pot dezvolta sentimentul de vină, pentru că își dezamăgesc familia, sau sentimentul de inadecvare, cauzat de incapacitatea de a se conforma cerințelor cadrelor didactice sau ale părinților. Acest lucru are drept consecință un potențial crescut de apariție a anxietății la vârsta adultă.

Un studiu recent de imagistică cerebrală efectuat de Siebner și colaboratorii săi (Siebner et al., 2002) asupra unui eșantion format din dreptaci și stângaci convertiți să scrie cu dreapta a arătat că, cinematica scrisului nu diferă între stângacii convertiți și dreptaci. În schimb, în cazul dreptacilor din naștere procesul de scriere determină preponderent o activare a emisferei cerebrale stângi în zonele parietale și premotorii; în timp ce stângacii convertiți prezintă mai degrabă activare bilaterală, cu apariția unor activări particulare în cortexul premotor lateral, parietal și temporal din emisfera dreaptă. Mai mult, activările în porțiunea rostrală a *ariei motorii suplimentare* (*Rostral Supplementary Motor Area*) și în *lobula parietală inferioară dreapta (Right Inferior Parietal Lobule)* au demonstrat, în timpul scrierii, o corelație liniară între gradul lateralizării și fluxul cerebral sangvin normalizat de la nivelul acestor regiuni. Activitatea funcțională a cortexului primar senzorio-motor, în timpul sarcinilor de scriere, nu a fost influențată de lateralizare. S-a remarcat existența unor diferențe funcționale neuro-anatomice, în cazul scrisului, între dreptaci și stângacii convertiți, în ciuda deceniilor în care stângacii convertiți au scris cu dreapta. Autorii au considerat că activarea emisferică dreapta în cazul stângacilor convertiți ar putea fi rezultatul suprimării mișcărilor nedorite ale mâinii stângi sau o formă persistentă a lateralizării stânga (fapt care ar implica existența unei legături între direcția și gradul lateralizării stânga și reprezentările corticale în zonele motorii).

Deschiderea societăților Occidentale în privința folosirii mâinii stângi s-a produs abia în secolul XX, după cel de-al doilea război mondial. Henry Truman a fost primul președinte stângaci al SUA care și-a folosit public această abilitate, fapt care a dus la o creștere a acceptării sinistralității, fiind urmat și de alții (George Bush senior, Barack Obama). Un studiu efectuat în Londra în preajma primului război mondial a indicat o incidență a școlarilor care scriau cu mâna stângă de 3-4%, în timp ce, un studiu similar, repetat în anii '70, a indicat aceeași incidență în cazul populației de vârsta a treia, dar un procentaj de 10% în cazul adulților de până în 44 de ani. O tendință similară s-a înregistrat și în Australia (Annett, 2002). Numărul stângacilor din SUA s-a triplat în ultimul secol, ajungând să înregistreze între 11-15% din populație. (Roth, 2005). Cel mai probabil acest lucru nu se datorează unei creșteri reale a fenomenului de lateralizare stânga, ci este mai degrabă rezultatul recunoașterii publice a acestei particularități ca urmare a diminuării sau dispariției fricii de respingere.

Deși stigmatul social asupra stângacilor s-a redus în secolul XX în SUA, Europa de Vest și Australia, în deceniul al nouălea s-a constatat o creștere a numărului studiilor privind *dizabilitățile sau bolile* de care stângacii ar fi mai afectați față de dreptaci (predispoziție mai ridicată pentru cancerul la sân, afecțiuni psihiatrice, dizabilități de învățare și chiar o durată mai scurtă de viață). Melissa Roth consideră că aceste cercetări fac parte din „Teoria verigii slabe" (Roth, 2005). Începutul l-a constituit studiul publicat de Stanley Coren în 1980 care a raportat o incidență mai scăzută decât media a populației stângace în cadrul bătrânilor din SUA, fapt corelat de autor cu o durată mai mică de viață pentru stângaci. Studiul, repetat și în 1988, cu același rezultate, a stârnit numeroase proteste, precum și îngrijorări reale (ar trebui refăcute statisticile? ar trebui stângacii tratați diferit de dreptaci dacă îmbătrânesc mai repede?). Rezultatele au fost combătute de datele prezentate de Institutul Național pentru Studiul Îmbătrânirii și Serviciul Statistic din SUA, precum și de Academia Americană de Actuariat. Un alt studiu, din 1999, realizat de Universitatea din Auckland, Noua Zeelandă, a pus în evidență legatura dintre lateralitatea stângă și tendințele de a dezvolta paranoia sau schizofrenie; rezultatele au fost contrazise ulterior de o cercetare similară efectuată de Universitatea din Michigan.

Chiar dacă o parte a populației cu lateralizare stânga a mâinii a fost forțată să utilizeze mâna dreaptă pentru activități vizibile (scris, folosirea diferitelor instrumente, mâncat), acest lucru nu a diminuat sau modificat lateralizarea preponderentă spre stânga, după cum au indicat studiile efectuate de Annett asupra unor pianiști, precum și asupra stângacilor "convertiți" să scrie cu dreapta. În cadrul eșantionului de stângaci cu care am efectuat studiul practic (ce va fi prezentat într-un alt articol) am indentificat un subiect care, deși a fost forțat să scrie cu dreapta în copilărie, la vârsta adultă a re-învățat să scrie cu stânga, mână pe care o folosește în prezent pentru această activitate.

Din cauza represaliilor asupra stângacilor, ca urmare a folosirii mâinii "incorecte", "murdare" în activități vizibile și ca urmare a forțării acestora pentru a utiliza, în schimb, mâna dreaptă, neurologii au început să folosească terminologia de "stângaci transformați", încercând să descopere evidențe ale tendințelor de lateralizare stânga a mâinii la pacienți și rudele acestora, pentru a putea stabili cauzele și localizările exacte ale patologiilor neurologie.

3. TEORII PRIVIND CAUZELE APARIȚIEI LATERALITĂȚII

Cauzele apariției lateralității au primit explicații diferite de-a lungul timpului, mergând de la asocierea acesteia

cu aspecte geografice (rotația Pământului) și până la teorii moderne bazate pe cercetări genetice.

Teoriile de început ale lateralității. Cea mai veche interpretare a cauzelor lateralității apare la Homer, care corela lateralitatea dreapta cu direcția de rotație a Pământului. Teoria a fost preluată o perioadă îndelungată, fiind susținută chiar și în secolul XX, de către Wile (Beaton, 2004).
În secolul XIX lateralitatea a fost asociată unor cauze fiziologice – lateralitatea dreaptă apărând din nevoia de a contrabalansa centrul de greutate al corpului aflat în stânga (Buchanan, 2000, *apud* Beaton) sau ca urmare a dominanței ochiului drept (Parson, 1924, *apud* Beaton). De asemenea, lateralitatea stângă ar fi apărut ca urmare a unui flux crescut de sânge în partea stângă a corpului (O'Connor, 1890, *apud* Beaton 2004).

Teorii științifice privind lateralitatea. O enumerare preliminară a teoriilor existente în domeniul lateralității le împarte în teorii genetice, biochimice, neurologice și fiziologice, fără pretenția de a fi cuprins toate eforturile notabile în această direcție.
Perspectivele genetice privind lateralitatea. Teoriile genetice privind lateralitatea au pus accentul, de-a lungul timpului, pe existența unor *gene* care favorizează dezvoltarea centrilor limbajului la nivelul emisferei stângi și lateralizarea mâinii drepte.
Teoriile genetice de început susțineau rolul eredității în transmiterea lateralității, fără a explica însă mecanismul realizării. Lipsa explicațiilor științifice și, mai mult, apariția unor dovezi contrare (familii care au copii stângaci, deși ambii părinți sunt dreptaci) au dus la abandonarea acestor teorii.
Cele mai cunoscute modele genetice de explicare a preferinței pentru o anumită mână sunt modelele care teoretizează existența unei singure gene *(teoria lui Annett*, respectiv *teoria lui McManus)* sau pleacă de la o concepție poligenică (*modelul lui Yeo și Gangestad*).
Un prim pas în susținerea unei baze genetice a lateralizării l-au constituit studiile realizate de *Annett* asupra persoanelor care foloseau predominant mâna stângă, cât și asupra familiilor acestora. Proporția preferinței pentru mâna stângă a fost cel puțin dublă în cazul copiilor care aveau măcar un părinte stângaci, față de copiii stângaci proveniți din familii cu ambii părinți dreptaci. Acest lucru nu s-a întâlnit în cazul familiilor în care copiii au fost adoptați (Annett, 2002), fapt ce i-a permis autoarei să susțină ipoteza genetică.
Într-un prim model elaborat în 1964, Annett considera că lateralitatea încrucișată este rezultatul expresiei a două alele, una pentru lateralizarea stânga (L) și una pentru lateralizarea dreaptă (R). L nu era complet recesivă, iar uneori se exprima în genotipuri heterozigote (RL). Acest lucru nu presupunea însă că toate persoanele „heterozigote" aveau automat o lateralizare mixtă (chiar dacă reciproca arăta că toate persoanele cu lateralitate mixtă erau heterozigote). Cele două alele puteau genera, deci, lateralizare stânga (LL), mixtă (RL) sau dreapta (RR). Dacă modelul ar fi fost corect, doi părinți cu lateralitate dreapta (RR) ar fi trebuit, în mod necesar, să aibă copii cu aceeași lateralitate (RR). Ori, ulterior formulării teoriei, Annett a descoperit în practică excepții de la această regulă, fapt ce a determinat-o să își revizuiască explicația, elaborând *Teoria Schimbării către Dreapta* (*Right Shift Teory*).
Conform acesteia, abilitățile diferite între cele două mâini sunt determinate de o variație spre dreapta de la o situație inițială, în care preferința către stânga era mai frecventă. Astfel, două alele rs^- se află în același loc autosomal. Alela rs^+ determină lateralizarea centrilor vorbirii în emisfera stângă și produce o probabilitate mai mare de lateralizare dreapta a mâinii, prin „handicaparea" emisferei drepte. Astfel, indivizii dreptaci au mai puțină forță în mâna stângă decât au stângacii în mâna dreaptă. Lateralitatea stângă apare, cu o probabilitate apropiată de 50%, în cazul lipsei genei care determină variația spre dreapta, deci în prezența unui genotip rs^{--}. Prezența ambelor alele care determină schimbarea spre dreapta (rs^{++}) sau doar a uneia din acestea (rs^+) determină o lateralizare mai puternică a centrilor limbajului în emisfera stângă și o „slăbire" incidentală a mâinii stângi. (Annett, 2002)
McManus plecă de la o concepție similară cu a lui Annett teoretizând tot existența a două alele în același loc autosomal. De asemenea, una dintre alele, C, este similară conceptului de rs^-, determinând distribuția variabilă a lateralității între indivizi. Cea de-a doua genă, D, produce dextralitatea și, de asemenea, lateralizarea vorbirii în emisfera stângă. C nu derivă dintr-o mutație preistorică, pentru că, într-o astfel de ipoteză preferința pentru stânga ar fi dispărut demult, ci, mai degrabă C reprezintă o mutație a lui D care apare permanent. Astfel, indivizii cu o combinație DD vor avea întodeauna lateralizare dreapta și centrul vorbirii în emisfera stângă. Varianta CC determină probabilități egale, de 50% pentru lateralizarea mâinii spre stânga sau dreapta, iar lateralizarea mâinii și cea a centrilor cerebrali pentru vorbire sunt independente. În cazul genotipului DC, probabilitatea preferinței pentru mâna stângă este de 25% și se menține ipoteza independenței între asimetriile manuale și cele cerebrale.
Statistic, McManus a calculat că jumătate dintre stângaci sunt născuți în familii în care ambii părinți sunt dreptaci; doi părinți dreptaci au o probabilitate de 5-10% de a avea un copil stângaci, în timp ce doi părinți stângaci au o probabilitate de 25-30%; lateralizarea mâinii gemenilor monozigoți diferă adesea (McManus, 1999).
Incidența variază însă în funcție de frecvența de apariție a alelei C. Astfel, în India, părinții stângaci au o probabilitate de trei ori mai mare decât dreptacii de a avea urmași stângaci, în timp ce în Canada această probabilitate e doar de două ori mai mare. Mai mult, în India părinții cu lateralizare puternică au o probabilitate de 5 ori mai mare de a avea urmași puternic lateralizați decât părinții cu lateralizare slabă. În Canada corelația s-a păstrat doar în cazul taților, dar cu un raport mai mic, de doar 1,75:1 (Bryden et al., 1997).
Modelul lui McManus a fost utilizat în numeroase calcule și simulări și și-a demonstrat eficiența în predicția distribuției preferinței pentru mâna stângă în cadrul diferitelor populații. În plus, modelul a putut explica și demonstra modul în care izolarea socială

poate influența distribuția lateralizării stânga în cazul populațiilor mici sau izolate.

Deși în prezent sunt cele mai citate teorii în literatura de specialitate, trebuie remarcat faptul că ambele teorii, atât cea lui Annett, cât și cea a lui McManus prezintă modele explicative care pleacă de la definirea lateralității prin prisma preferinței mâinii, ignorând lateralitatea piciorului sau lateralizarea preferințelor vizuale sau auditive. Din această perspectivă, cele două modele lasă locul unor noi explicații științifice, pentru a clarifica apariția lateralității încrucișate a membrelor (mână dreapta – picior stâng sau invers), precum și a membrelor și preferințelor vizuale sau auditive (așs cum am arătat mai sus, Bourassa și colaboratorii au arătat că, la nivel global, aproximativ 30% dintre dreptaci au lateralizare vizuală stânga).

Modelul poli-genic al lui Yeo și Gangestad consideră că atât dreptacii puternic lateralizați, cât și stângacii sunt deviații de la normalitate, considerată a fi o lateralizare dreapta moderată. Cu toate că nu au oferit detalii asupra bazelor genetice ale modelului, autorii au demonstrat că atât dreptacii puternic lateralizați, cât și stângacii, provin, în mare măsură, din familii unde cel puțin un părinte e stângaci.

Perspectivele biochimice privind lateralitatea. Geschwind și Galaburda au propus în 1985 o nouă serie de teorii asupra lateralității, având la bază nu criteriul genetic, ci o cauză bio-chimică: nivelul ridicat al hormonilor masculini din uterul mamei în timpul sarcinii. Lucrările lor au la bază o serie de 30 de postulate, primul și cel mai cunoscut fiind acela că *nivelul de testosteron* este principala și cea mai comună cauză a unei serii de diferențe individuale, afectând, printre altele, dezvoltarea cerebrală și sistemul imunitar (McManus, Bryden, 1991).

Punctul de plecare în investigarea ipotezei și formularea teoriei l-a constituit observarea faptului că persoanele cu lateralizare stânga a mâinii aveau mai multe boli autoimune – colită ulcerativă, migrene, boală celiacă, dislexie și bâlbâială (*stuttering)*. Un studiu preliminar al celor doi a indicat o prevalență a acestor boli la stângaci față de dreptaci într-un raport de 2,7:1 (Hagan, 2009).

Testosteronul joacă rolul central, pentru că ar determina modificări în lateralizarea cerebrală sau manuală față de ceea ce e considerat a fi normalitate (lateralizarea în emisfera cerebrală stânga a limbajului, respectiv manualitatea dreptă). Trebuie menționat că teoria nu prezintă o dovadă evidentă a ceea ce autorii consideră normalitate, ci doar dovezi ale „devierii" de la standard. Astfel, un nivel scăzut de testosteron ar provoca o încetinire a ritmului de dezvoltare a emisferei cerebrale stângi (față de cea dreaptă) în zona *planum temporale*, ceea ce duce la o asimetrie între cele două emisfere (considerată normală de către cei doi autori). În condițiile unui exces de testosteron, dezvoltarea *planum temporale* devine egală între cele două emisfere, fapt care antrenează o creștere a probabilității de a avea lateralitate stânga, de a dezvolta probleme de limbaj sau de a-și reveni mai greu după experimentarea unor probleme neurologice (ex: afazie). Autorii și-au probat teoria cu ajutorul autopsiilor realizate asupra unor dislexici.

În plus, testosteronul joacă un rol important și după naștere, prin efectele asupra timusului și, deci, asupra sistemului imunitar, fapt care ar explica incidența mai mare a bolilor autoimune în cazul stângacilor. Cel mai frecvent, efectele negative apar în cazul bărbaților.

Geschwind si Galaburda au adus în sprijinul ipotezei lor și rezultatele unor studii efectuate asupra bolnavilor de *Hiperplazie congenitală a glandelor suprarenale* (HCGS), care este însoțită de un nivel ridicat al hormonilor masculini. Bolnavii manifestă preponderent lateralizare stânga sau mixtă, iar copiii au o formă atipică de asimetrie la nivelul *planum temporale*. Studii alternative asupra bolnavilor cu HCGS au adus dovezi contrare (Helleday, 1994, apud Beaton, 2004).

Teoria a fost, de asemenea, infirmată de analizele asupra fluidului amniotic realizate începând cu anii 90 – care au pus în evidență faptul că nivelele ridicate de testosteron în timpul sarcinii au corelat puternic cu o lateralizare ulterioară la nivelul mâinii drepte și lateralizarea centrului limbajului în emisfera stângă (Witelson, 1991 *apud* Beaton, 2004). Un studiu similar a fost realizat de *Grimshaw* și colaboratorii, acesta relevând că un nivel mai mare al testosteronului în fluidul amniotic în cel de-al doilea trimestru de sarcină a corelat, în cazul fetelor, la vârsta de 10 ani, cu o lateralizare mai puternică a mâinii drepte și o specializare mai ridicată a limbajului la nivelul emisferei stângi. În cazul băieților incluși în studiu, la vârsta de 10 ani, nivelele mai ridicate de testosteron din perioada fetală au corelat cu o specializare mai ridicată a emisferei drepte pentru recunoașterea emoțiilor (Grimshaw, Bryden, Finegan, 1995).

Un concept important al lui Geschwind, cel de *anomalous dominance* (AD) a fost contestat de McManus. Conceptul de AD a fost definit ca deviație de la normalitate, și a fost aplicat tuturor celor care au o lateralizare complet inversată (dominanță puternică a emisferei drepte pentru limbaj, preferință pentru mâna stângă și dominanță emisferică stângă pentru celelalte sarcini), precum și celor cu lateralizare parțial inversată. Geschwind și Galaburda au susținut că aproximativ 30-35% din populație ar prezenta AD, fapt combătut de McManus cu date statistice. (McManus, Bryden, 1991).

Perspectivele neurologice privind lateralitatea. Perspectivele neurologice asupra lateralității au la bază ipoteza formulată de *Witelson*, în 1985, conform căreia stângacii au *corpul calos* mai dezvoltat. Witelson a și-a construit teoria pe rezultatele unor studii post-mortem. În sprijinul său au venit o serie de șapte studii realizate zece ani mai târziu de Driesen și Raz (*apud* Beaton, 2004). Această teorie a fost dezvoltată și de Derakhshan, care a arătat că la baza mișcărilor corpului uman stă direcția fluxului neural din cadrul corpului calos. Una dintre măsurile preferinței pentru o anumită mână și dominanței cerebrale o constituie *timpul de transfer inter-emisferic* (timpul în care un semnal din centrul de comandă din emisferă ajunge la nivelul aparatului motor efector contralateral). S-a identificat o diferență între timpul de transfer atunci când se compară mișcarea mâinii dominante față de cea a mâinii non-dominante, diferență explicată prin încetinirea vitezei de transfer la nivelul corpului calos, fenomen care se manifestă atunci când informația se

transmite împotriva direcției normale a fluxului neuronal (Donaldson & Johnson, 2006).

Alte cercetări au relevat faptul că la nivelul cortexului motor primar, *proiecția mâinii stângi* a stângacilor este mai mare decât proiecția mâinii drepte (Beaton, 2004). Dacă acest lucru poate fi explicat prin folosirea preponderentă a mâinii stângi, care a dus la o proiecție corticală mai mare, nu e clară pre-existența unei proiecții corticale care să determine o anumită lateralizare.

Teoria patologică a preferinței pentru o anumită mână consideră că lateralizarea stânga este o consecință a apariției unor traume la nivelul emisferei stângi în timpul dezvoltării timpurii și a unei componente genetice. Satz consideră că această deteriorare emisferică duce la un transfer al funcției din emisfera stângă, afectată, către cea dreaptă (Donaldson & Johnson, 2006).

Mohr și Bracha au pus în evidență faptul că oamenii se întorc constant în jurul *emisferei care are cel mai mic nivel de dopamină*, implicația fiind că indivizii cu lateralizare drepta a mâinii preferă să se întoarcă spre stânga, în vreme ce stângacii preferă să se întoarcă spre dreapta (*idem*).

Studiul lui Szondi și al colaboratorilor săi (2001) a demonstrat existența unor diferențe neurologice clare între stângaci și dreptaci. Participanții cu preferință pentru mâna stângă au volume ale hipocampului și amigdalei ce prezintă o similaritate mai mare între emisferele stângă și dreaptă decât în cazul subiecților cu preferință pentru mâna dreaptă (care prezintă asimetrie emisferică). În plus, stângacii au medii relativ similare în privința volumelor stâng și drept ale hipocampului și amigdalei în comparație cu dreptacii.

Un studiu longitudinal realizat de Geschwind și colaboratorii asupra unor perechi de gemeni aflați la vârste adulte, respectiv la bătrânețe, a relevat că: perechile de gemeni în care ambii frați aveau preferință pentru mâna dreaptă aveau o asimetrie mai pronunțată a emisferei drepte față de cea stânga, la nivelul zonelor frontale și temporale, și o asimetrie mai pronunțată spre stânga a volumelor parietale și occipitale. Perechile de gemeni în care cel puțin unul din frați avea o preferință pentru mâna stângă aveau o asimetrie stânga semnificativ mai mare în volumul creierului din zona occipitală, dar nu manifestau aceeași asimetrie în regiunile frontale, temporale și parietale. Concluzia la nivelul eșantionului a fost că subiecții care aveau lateralizarea stânga a mâinii manifestau un nivel mai mic al asimetriei între cele două emisfere, fapt ce susține și rezultatele studiului lui Szabo. Mai mult, în cazul perechilor cu stângaci, s-a identificat o tendință către o simetrie mai mare între lobii temporali și frontali. (Geshwind et all., 2001)

Perspectivele fiziologice privind lateralitatea. Previc a analizat poziția fătului în uter, concluzionând că o orientare asimetrică a acestuia, în ultimul trimestru de sarcină, cu o înclinare către stânga față de linia mediană a corpului mamei. determină o asimetrie otolitică ce are drept consecință reflexe vestibulo-spațiale mai puternice pe partea stângă a corpului. Autorul a estimat că două treimi din populație prezintă un avantaj otolitic stâng, ceea ce determină pre-eminența părții stângi a corpului în controlul postural și specializarea preponderentă a părții drepte a corpului pentru funcțiile de mobilizare. Importantă este legătura dintre labirintul de la nivelul urechii și mușchii extensori antigravitaționali (gastrocnemian și solear). Chiar dacă labirintul exercită un control bilateral asupra reflexelor antigravitaționale, influența este mai puternică asupra grupelor de mușchi ipsilaterali, astfel încât stimularea labirintului stâng produce o extensie mai mare a mușchilor antigravitaționali din stânga și o extensie mai mică pe partea dreaptă. Astfel, asimetriile laterale în forța excitatorie antigravitațională provin din dezechilibrul între funcțiile vestibulare ale celor două urechi, determinat de avantajul părții stângi, urmare a unei dezvoltări prenatale mai accentuate (Previc, 1991; Gabbard & Hart, 1996).

Într-o direcție similară se situează și rezultatele studiului efectuat de Gesell și Ames în 1947 asupra *reflexului tonic al gâtului*, poziție pe care o adoptă copiii mici atunci când sunt culcați pe spate. Majoritatea copiilor își orientează gâtul spre dreapta, cu brațul și piciorul drepte intinse, în timp ce piciorul stâng este flexat. Studiul longitudinal a pus în evidență faptul că toți sugarii cu reflex de dreapta au prezentat mai târziu lateralizare dreapta sau ambidextră, în timp ce jumătate din copiii cu reflex de stânga au prezentat lateralizare motorie stânga (Annett, 2002).

Teoria *Originii posturale* a lui MacNeilage consideră că, de-a lungul evoluției, partea dreaptă a corpului a devenit „operativă" (dominantă) în cazul primatelor, pentru că utilizarea de către acestea a unui picior necesită sprijinirea corpului și posturii verticale cu ajutorul celuilalt picior. MacNeilage consideră că lateralizarea primatelor a fost în mod necesar asimetrică, deoarece, atunci când sunt urcate în copac, trebuie să prindă creanga cu o mână (susținere corporală), în timp ce apucă frunzele sau fructele și se hrănesc cu cealaltă mână, fapt ce a determinat evoluția asimetrică a mâinii, respectiv a piciorului. Astfel, deși ambele părți ale corpului pot îndeplini același rol, partea operativă a devenit cea dreaptă. (Gabbard & Hart, 1996)

Teoria stresului la naștere, fundamentată de *Balkan*, consideră că preferința pentru mâna stângă este determinată de complicațiile din timpul nașterii, una dintre ele fiind hipoxia. (Beaton, 2004). Dacă avem în vedere faptul că, statistic, nivelul absolut al preferinței pentru mâna stângă s-a situat de-a lungul secolelor între 7-10% la nivel mondial, considerăm că teoria e nerealistă, deoarece aceasta implică, indirect, faptul că 10% dintre copii născuți la nivel mondial au fost afectați de hipoxie la naștere de-a lungul timpului. Apoi teoria ridică o serie de alte întrebări: cât de ridicat trebuie să fie nivelul de stres la naștere pentru a dezvolta lateralizare stânga sau ambidextralitate? Care e mecanismul neurologic prin care lipsa oxigenării determină specializarea emisferică specifică sinistralității?

În cadrul aceluiași grup de teorii. *McKeever* (2000. *apud* Beaton, 2004) a arătat că o treime dintre femeile stângace au fost născute la *vârste târzii*, mamele având peste 32 de ani, lateralizarea fiind determinată de

nivelul crescut al hormonilor de stres ai mamei din timpul sarcinii, nivel asociat vârstei înaintate.

În ceea ce ne privește, din analiza teoriilor dezvoltate de-a lungul timpului, considerăm că lateralitatea poate fi explicată prin prisma unor factori genetici, la care se adaugă componenete fenotipice (de natură bio-chimică – prezența într-o cantitate mai mare sau mai mică a anumitor hormoni sau neurotransmițători, fie în timpul perioadei de gestație, fie în diferitele perioade ale specializării neuronale; sau de natură socială – presiunea socială în momentul școlarității mici, care determină activarea sau specializarea unor circuite motorii și/sau neuronale diferite).

4. BIBLIOGRAFIE

Annett, M. (2002). *Handedness and Brain Asymmetry. The Right Shift Theory*. Hove, East Sussex: Psychology press.

Beaton, A.A (2004). The nature and Determinants of handedness. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.

Berridge, C.W., Espana A.R., Stalnaker T.A., Stress and Coping: Dopamine Efferents within the Prefrontal Cortex. In Hugdahl, K., Davidson, J.R. *The Asymmetrical Brain*. Cambridge, Massachusetts: Bradford Book, The MIT Press.

Bishop, D.V.M., Ross, V.A., Daniels, M.S., Bright, P. (1996). The Measurement of Hand Preference: a Validation Study Comparing Three Groups of Right-Handers. *British Journal of Pshychology*, Vol. 86, 269-285.

Bourassa D.C., McManus I.C., Bryden M.P. (1996). Handedness and Eye-Dominance: a Meta-Analysis of Their Relationship, *Laterality*, Vol. 1, 5-34.

Bryden, Roy, E.A., M.P., McManus, I.C., Bulman-Fleming M.B. (1997). On the Genetics and Measurement of Human Handedness, *Laterality*, 2 (3/4), 317-336.

Byrd, T. (2008). Left Handedness and Increased Mortality – is There a Link?, http://healthpsych.psy.vanderbilt.edu/2008/LeftHand.htm, accesat la 24.01.2012.

Carey, P.D., Smith, T.D., Martin, D., Smith, G., Skriver, J., Rutland, A., Shepherd, W. J. (2008) The Bi-pedal Ape: Plasticity and Asymmetry in Footedness, *Cortex*, Vol. 45, 650-661.

Choudary, J.C., O'Carroll, E. R. (2007). Left Hand Preference Is Related to Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 20, No. 3, 365-369

Clavero J.M., Estévez J.P., Alvarez G. (1993). Left-Handedness and Diabetes Mellitus of Autoimmune Origin, Rev Med. Chil., 121(8), 903-907.

Craig, A.D. (2004). Human Feelings: Why Are Some More Aware than Others?, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 8 (6), 239–241.

Craig, A.D. (2010). The Sentient Self, *Brain Struct Funct*, 214, 563–577

Crawford, R.J.. Henry. D.J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct Validity, Measurement properties and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample, *British Journal of Clinical Pshychology*, 43, 245-265.

Crow T. J., Close J. P., Dagnall A. M., Priddle T. H. (2009). Where and what is the Right Shift Factor or Cerebral Dominance Gene? A Critique of Francks et al., *Laterality*, 14 (1), 3-10.

Dassonsville, P., Zhu, X.-H., Ugurbil, K., Kim, S.-G., Ashe, J. (1997). Functional Activation in Motor Cortex Reflects the Direction and the Degree of Handedness, *PNAS*, Vol. 94, No. 25, 14015-14018.

Davidson, J.R., Jackson, R.J., Kalin, H.N. (2000). Emotion, Plasticity, Context and Regulation: Perspectives from Affective Neuroscience, *Pshychological Bulletin*, Vol. 126, No. 6, 890-909.

Davidson, J.R. (2003). Darwin and the Neural Bases of Emotion and Affective Style, *Annals of New York Academy of Sciences*, Vol. 1000, 316-336.

Deutsch, D., (1980). Ear dominance and sequencial interactions, *Journal of the Acoustical Society of America*, Vol. 67 (1), 220-228.

Donaldson, G, Johnson, G. (2006). The Clinical Relvance of Hand Preference and Laterality, *Physical Therapy Review*, Vol. 11(3), 195-203(9).

Elias, J.L., Bryden, M.P., Bulman-Fleming, M.B. (1998). Footedness Is a Better Predictor than is Handedness of Emotional Lateralization, *Neuropsychologia*, Vol. 36, No.1, 37-43.

Francks C., Maegawa S., Laurén J., et al. (2007). LRRTM1 on Chromosome 2p12 is a Maternally Suppressed Gene that is Associated Paternally with Handedness and Schizophrenia,. Mol. Psychiatry 12 (12), 1129–1139.

Gabbard, C., Hart, S. (1996). A Question of Foot Dominance, *The Journal of General Pshychology*, Vol. 123, No. 4, 289-296.

Geschwind, H.D., Miller, L. B., DeCarli, C., Carmelli, D. (2001). Heritability of Lobar Brain Volumes in Twins Supports Genetic Models of Cerebral Laterality and Handedness *PNAS*, Vol. 99, No. 5, 3176-3181.

Golu, Mihai, (2004). *Bazele psihologiei generale*, București: Editura Universitară.

Gong G., Jiang T., Zhu C., Zang Y., He Y., Xie S., Xiao J. (2005). Side and Handedness Effects on the Cingulum from Difusion Tensor Imaging, *Neuroreport*, 16 (15), 1701-1705.

Gratz, L.K., Roemer, L., (2004). Multidimensional Assesment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychology and Behavioral Assesment*, Vol. 26, No. 1, 41-54.

Grimshaw, M.G., Bryden, M.P., Finegan, K. J-A. (1995) Relations Between Prenatal Testosterone and Cerebral lateralization in Children, *Neuropsychology*, Vol. 9(1), 68-79.

Hagan, Monica, (2009). Sinister origins: The Potential Roots of Left-Handedness, http://www.transy.edu/holleian_society/journal2009.htm, accesat la 24.01.2012.

Hermans, M.P., Ahn, S.A., Selvais, P.L., Rousseau M.F. (2009). Handedness. Insulin Sensitivity and Pancreatic B-cell Function in Type 2 Diabetes. *Diabet Med.*, 26 (12), 1289-1292.

Hofmann, G.S., Kashdan, B.T. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and Psychometric

Properties. *Journal of Pshychopathology and Behavioral Assesment*, 32, 255-263.

Kober, H., Feldman Barrett, L., Joseph, J., Bliss-Moreau, L., Lindquist, K., Wager, T., D. (2009). Functional Grouping and Costical-subcortical Interactions in Emotion: A Meta-analysis of Neuroimaging Studies, *Neuroimage*, 42(2), 998-1031.

Marshall, L.H., Magoun, W.H. (1998). *Discoveries in Human Brain, Neuroscience Prehistory, Brain Structure and Function*, Totowa, New Jersey: Humana Press Inc.

McManus, I.C., Bryden, M.P., Geschwind (1991). Theory of Cerebral Lateralization: Developing a Formal, Causal Model, *Psychological Bulletin*, Vol. 110, No. 2, 237-253.

McManus, I.C. (1999). Handedness, Cerebral Lateralization and the Evolution of Language, in *The Descent of Mind: Pshychological Perspectives on Hominid Evolution*, 194-217, Oxford: Oxford University Press.

Ochsner K.N., Gross J.J., (2005). Putting the 'I' and the 'Me' in Emotion Regulation: Reply to Northoff, *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 409-410.

Oldfield, R.C. (1971). The Assesment and Analysis of Handedness: The Edinburgh Inventory, *Neuropshychologia*, Vol. 9, 97-113.

Previc, H. F. (1991). A General Theory Concerning Prenatal Origins of Cerebral Lateralization in Humans, *Pshychological Review*, Vol. 96, No.3, 299-334.

Reid, C. S., Serrien, D.J (2012). Handedness and the Excitability of Cortical Inhibitory Circuits, *Behavioural Brain Research*, 230 (1), 144-148.

Roth, Melissa (2005). *The Left Stuff: how the left-handed have survived and thrived*. Maryland: The Rowman & Littlefield Publishing Group Inc.

Searleman, A., Fugagli K.A., (1987). Suspected Autoimmune Disorders and Left-Handedness: Evidence from Individuals with Diabetes, Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, *Neuropsychologia*, 25(2), 367-74.

Siebner, R.H., Limmer, C., Peinemann A., Drzezga A., Bloem R. B., Schwaiger M., Conrad B. (2002). *The Journal of Neuroscience*, 22(7), 2816–2825.

Sokal, H.B., Allen, J.B.J. (2008). The Reliability and Validity of Self-Reported Footedness, www.psychofizz.org, accesat la 24.01.2012.

Spivak, B., Segal, M., Mester, R., Weizman, A., (1998). Lateral Preference in Post-Traumatic Stress Disorder, *Psychol Med.*, Vol. 28, No. 1, 229-232.

Szabo, C.A, Xiong, J., Kancaster, L.J., Rainey, L., Fox, P., (2001). Amygdalar and Hippocampal Volumetry in Control Participants: Differences Regarding Handedness, *American Journal of Neuroradiology*, Vol.22, No.1, 1342-1345.

Torro Alves, N., Fukusima, S.S., Aznar-Casanova, J.A. (2008). Models of Brain Asymmetry in Emotional Processig, *Psychology & Neuroscience*, Vol. 1, No.1, 63-66.

Watson, D., Clarck, L.A., Tellegan, A. (1988). Development and Validation on Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

Wagner T.D., Phan L.K., Liberzon, I., Taylor S.F. (2003). Valence, Gender and Lateralization of Functional Brain Anatomy in Emotion: a Meta-Analysis of Findings from Neuroimaging. *NeuroImage*, Vol. 19, 513-531.

Willis, M.W., Ketter T.A., Kimbrel, T.A., George, M.S., Herscovitvch, P., Danielson, A.L., Benson B.E., Post, R.M. (2002) Age, Sex and Laterality Effects on Cerebral Glucose Methabolism in Healthy Adults, *Psychiatry Research Neuroimaging*, 114, 23-37.

Wright, L., Hardie, M.S. (2011). Are Left-Handers Really More Anxious?, *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 1-14.

Yeo, A.R., Gangestad, W.S. (1993). Developmental Origins of Variation in Human Hand Preference, *Genetica*, Vol. 89, 281-296.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

INCIDENTELE TRAUMATICE „PERSOANA SUB TREN": CONSECINTE PSIHOLOGICE PENTRU PERSONALUL DE PE LOCOMOTIVA

CORINA DOROGA[1], ROXANA ALDEA-CAPOTESCU [2], ADRIANA BABAN [3]
[1] Spitalul Clinic CF Cluj-Napoca, cdoroga@yahoo.com
[2]Centrul de studii organizaţionale avansate, capotescu_roxana@yahoo.com
[3] Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei,Universitatea „Babes-Bolyai", adriana.baban@psychology.ro

ABSTRACT: Research has proven that facing adversity elicits both negative and positive changes in the individual. The main objective of this study was to investigate both types of consequences that train drivers involved in „person under train" incidents retrospectively experience. Participants were 129 train drivers who completed a PTSD symptom scale, The Posttraumatic Growth Scale, The Bi-directional Changes in Being Scale.
Results revealed that both positive and negative changes are prevalent in this population and they are significantly associated with higher levels of posttraumatic stress symptoms and growth. Discussion focuses on the clinical relevance of changes following trauma and the importance of broadening the spectrum of potential reactions to adversity.
Key words: train drivers, person under train incidents, trauma, adaptation process, posttraumatic stress symptoms, posttraumatic growth.

1. INTRODUCERE

Mecanicii de locomotivă reprezintă o categorie profesională cu risc crescut de expunere la traumă la locul de muncă, datorită confruntării cu accidentele „persoană sub tren "(McFarlane & Bryant, 2007). Aceste incidente implică moartea sau rănirea severă a unor persoane, care se aruncă intenţionat (sinucideri) sau apar accidental (coliziuni cu maşini pe trecerile la nivel) în faţa locomotivei aflate în mişcare (Theorell, Leyman, Jodko, Konarski, Norbeck & Eneroth, 1994). Impactul negativ pe care aceste incidente îl au asupra mecanicilor a suscitat interesul a numeroşi cercetători, fiind frecvent raportat în studii din diferite părţi ale lumii: Europa (Cothereau, Beaurepaire, Payan, et al., 2004, Farmer, Tranah, O'Donnell & Catalan, 1992, Vatshelle & Moen, 1997; Lunt & Hartley, 2004, etc.,) Statele Unite ale Americii (Rombom, 2005), Australia (Davey, Wallace, Stenson & Freeman, 2008), Asia (Yum, Roh, Ryu et al., 2006).

Potenţialul traumatic al acestor incidente rezidă în faptul că mecanicul se poate simţi responsabil de moartea, sau rănirea severă a victimelor accidentelor, pentru că ei sunt agenţii ce conduc locomotiva, chiar dacă este imposibilă oprirea trenului şi evitarea impactului (Cothereau et al., 2004).

Studiile evidenţiază asocierea între experienţele repetate ale incidentelor PST şi distresul psihologic raportat de mecanicii de locomotivă implicaţi (Lunt & Hartley, 2004). Simptome frecvent asociate cu acest tip de incidente sunt reexperienţierea traumei sub forma gândurilor şi imaginilor intruzive şi starea fiziologică de alertă continuă, în timpul turelor de servici (Vatshelle & Moen, 1997). Chiar dacă procentele de prevalenţă privind simptomele specifice tulburării de stres postraumatic (PTSD) nu sunt foarte ridicate, raportarea permanentă a distresului traumatic în urma incidentelor PST, susţine încadrarea acestor experienţe în categoria incidentelor traumatice la locul de muncă. În acest context, este susţinută necesitatea evaluării consecinţelor psihologice pentru mecanicii de locomotivă implicaţi în incidente PST.

2. ASPECTE TEORETICE

2.1. Consecinţe psihologice ale traumei

Practica actuală în domeniul psihotraumatologiei recomandă ca reacţiile persoanelor în urma confruntării cu un eveniment traumatic, să fie văzute de-a lungul unui continuum al adaptării (Joseph, Williams & Yule, 1997). Reacţii patologice, precum tulburarea de stres acut (ASD) sau stresul posttraumatic (PTSD) reprezintă disfuncţii care se instalează numai atunci când capacitatea persoanei de a face faţă situaţiei este depăşită. Astfel, în urma unei traume, numai o parte dintre persoanele afectate vor experienţia simptome marcante de distres psihologic, iar persistenţa acestor simptome va face plauzibilă diagnosticarea cu PTSD. Cercetările empirice susţin faptul că majoritatea persoanelor reuşesc să se recupereze destul de repede după evenimentul traumatic (Bonanno, Brewin, Kaniasty & La Greca, 2010). Mai mult, sunt persoane care raportează schimbări pozitive în urma confruntărilor traumatice, fiind raportate dezvoltarea personală şi o funcţionare superioară faţă de nivelele anterioare traumei (Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2005). Pentru aceste persoane, necesitatea de a face faţă traumei are o funcţie transformativă, facilitând dezvoltarea posttraumatică în cel puţin una din mai multe direcţii. Pot fi raportate schimbări ale priorităţilor în viaţă şi în modul în care sunt apreciate viaţa, relaţiile cu ceilalţi. Alteori sunt raportate deschiderea unor noi posibilităţi de dezvoltare personală sau indivizii descoperă despre ei înşişi că sunt mai puternici decât credeau. Schimbările pozitive în urma experienţei unui eveniment traumatic sunt cunoscute în literatură ca dezvoltare posttraumatică (PTG, Tedeschi & Calhoun, 1996) şi implică o schimbare definitorie de perspectivă în ceea ce priveşte modul în care oamenii se văd pe ei înşişi şi interacţiunile cu ceilalţi. Autorii care au dezvoltat conceptul, definesc dezvoltarea posttraumatică ca *experienţa schimbărilor de natură pozitivă în urma confruntării cu situaţii de criză extrem de solicitante* (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Dezvoltarea posttraumatică apare sub mai multe forme. Poate fi percepută atât ca un rezultat, o consecinţă a luptei cu trauma, cât şi ca proces de reglare, un mecanism de coping care implică procesarea confruntării traumatice într-un mod pozitiv, prin procesarea deliberată a celor întâmplate şi căutarea activă de sens şi semnificaţie. Unele studii susţin natura obiectivă a dezvoltării raportate de persoanele traumatizate, în timp ce altele evidenţiază că este de fapt vorba despre o iluzie menită să-i ajute pe cei implicaţi în traumă să se adapteze situaţiei.

Relaţia dintre dezvoltarea posttraumatică şi sănătatea mentală este controversată, existînd cel puţin două modalităţi de a prezenta această relaţie, cu implicaţii teoretice şi empirice contradictorii. Astfel, dezvoltarea şi distresul în urma traumei sunt deseori interpretate ca două constructe bipolare, care reflectă o singură dimensiune, aflându-se într-o relaţie de asociere negativă (Park & Fenster, 2004; Carver & Antoni, 2004). Sunt însă studii care arată că dezvoltarea şi distresul posttraumatic nu reprezintă constructe exclusive, un nivel crescut al distresului psihologic în urma traumei fiind necesar pentru a determina procesările cognitive necesare dezvoltării postraumatice. De exemplu, Tomich & Helgeson, (2004) şi Butler, Blasey, Garlan, et al. (2005) furnizează dovezi empirice că dezvoltarea după traumă este asociată cu un nivel marcant al distresului şi cu o calitate scăzută a vieţii persoanelor traumatizate. Alte studii raportează că între cele două constructe nu există o relaţie semnificativă (Cordova, Cunninghamn, Carlson & Andrykowski, 2001; Grubaugh & Resick, 2007).

O posibilă explicaţie a acestor date contradictorii este că cele două constructe nu sunt asociate într-un mod liniar (Lechner, Antoni & Carver, 2006; Kleim & Ehlers, 2009; Nuttman-Shwartz, Dekel & Tuval-Mashiach, 2010). Studiile pe diferite tipuri de populaţie susţin că, în primele etape după traumă, PTSD şi PTG coexistă, apoi, pe măsură ce timpul trece, relaţia îşi pierde din intensitate. În final, cele două devin constructe invers asociate, atunci când persoanele dezvoltă o perspectivă coerentă asupra celor întâmplate. Datele empirice susţin modelul cu trei etape ale procesării traumei elaborat de Joseph & Linley (2005). În concordanţă cu acesta, în primele săptămâni după traumă, persoanele încearcă să îşi înţeleagă experienţa şi implicaţiile celor întâmplate. Aceştia construiesc atât explicaţii pozitive cât şi negative ale situaţiei şi experienţiază frecvent atât simptomele specifice tulburării de stress posttraumatic cât şi schimbări pozitive, raportînd lecţii învăţate din experienţa avută. Procesarea ulterioară a evenimentului conduce la înţelegerea mai profundă a acestuia, acomodarea sa în structurile cognitive anterioare ale persoanei. În timp, perspectiva asupra celor întâmplate devine mai clară, mai structurată, fie într-un mod pozitiv, fie într-unul negativ. Este necesar ca studiile care evaluează relaţia celor două constructe să ia în considerare influenţa variabilelor contextuale, cum ar fi cadrul temporal şi momentul din procesul de adaptare postraumatică, în care cele două constructe sunt evaluate.

Explorarea schimbărilor pozitive raportate postraumatic este necesară datorită avantajelor pe care le prezintă pentru facilitarea procesului de recuperare şi adaptare în urma experienţei traumatice. Prezenţa modificărilor pozitive raportate în privinţa reglării emoţionale, comportamentale şi interpersonale, nu poate fi ignorată, indiferent de tipul de traumă supusă investigării. De asemenea, este necesară investigarea diferitelor moduri în care distresul traumatic se asociază cu schimbările pozitive raportate.

2.2 Instrumente de evaluare a schimbărilor psihologice asociate traumei

Au fost dezvoltate şi testate instrumente de măsură adecvate din punct de vedere psihometric, pentru a evalua reacţiile bi-direcţionale la traumă. Există două chestionare care evaluează simultan atât consecinţele negative, cât şi cele pozitive pe care trauma le poate determina. Chestionarul Modificării Perspectivei (The Changes in Outlook Questionnaire) a fost dezvoltat de Joseph, Williams & Yule (1993), fiind util când sunt evaluate schimbările în optica asupra vieţii pe care supravieţuitorii unei trauma le raportează. Totuşi, scala vizează exclusiv nivelul cognitiv al schimbărilor postraumatice (Hiskey, Troop & Joseph, 2006).

Luînd în considerare necesitatea evaluării unui spectru mai larg al schimbărilor ulterioare traumei, Hiskey, Troop & Joseph (2006), au construit Scala Bidirecţională a Schimbărilor (Bidirectional Changes in Being Scale-B-CIBS).

Scala oferă o abordare holistică în evaluarea schimbărilor postraumatice. Instrumentul permite evaluarea simultană a schimbărilor pozitive şi negative, în patru domenii ale funcţionării generale: fiziologic, social, personal şi existenţial, conţinînd itemi ce evaluează modificarea emoţiilor, cogniţiilor, a reacţiilor fiziologice şi comportamentale în urma traumei.

2.3. Obiective şi ipoteze:

Studiile de specialitate au confirmat că implicarea în incidentele PST reprezintă un stresor de intensitate traumatică, relevant pentru personalul de pe locomotivă. Modificările pe care această traumă specifică şi deseori repetată, le produce, se răsfrâng atât în plan personal, cât şi profesional (Lunt & Hartley, 2004; Yum et al., 2006).

Deşi implicarea în incidentele PST este asociată cu schimbările specifice traumei, nu sunt studii care să evalueze atât consecinţele negative cât şi cele pozitive asociate cu aceste experienţe.

Obiectivul general al studiului este de a explora schimbările, atât negative cât şi pozitive, în urma expunerii repetate la incidente PST, pentru mecanicii de locomotivă. Obiectivele specifice ale cercetării sunt explorarea caracterului pozitiv versus negativ al schimbărilor percepute de mecanici ca urmare a implicării în incidentele PST; investigarea relaţiei dintre schimbările asociate cu incidentele PST, simptomele PTSD şi dezvoltarea postraumatică (PTG) pe care mecanicii de locomotivă le raportează ca urmare a expunerii la aceste incidente.

Ipotezele pe care le propunem sunt:

În urma implicării in incidentele PST, mecanicii de locomotivă vor raporta atât schimbări negative cât şi pozitive, în modul de funcţionale generală. Ne aşteptăm ca schimbările negative să fie mai pronunţate faţă de cele pozitive.

Schimbările negative reliefate vor corela cu simptomele specifice PTSD în cazul mecanicilor expuşi la incidente PST.
Schimbările negative reliefate vor corela cu nivele crescute ale dezvoltării postraumatice, raportate de mecanici în urma implicării în incidentele PST.

3. METODOLOGIA CERCETĂRII

3.1. Participanţi

129 de mecanici de locomotivă care au raportat implicarea directă în cel puţin un incident PST în ultimii cinci ani au fost incluşi în studiu. Toţi participanţii sunt de sex masculin, iar vârsta medie a acestora este de 35 de ani (SD = 4,8). Vechimea medie în funcţia exercitată, cea de mecanic, a fost de 11 de ani (SD= 3.1).

3.2. Instrumente

(1). Scala revizuită a impactului evenimentelor (IES-R, Weiss & Marmar,1997). Această scală reprezintă unul dintre cele mai frecvent utilizate măsuri pentru a evalua impactul traumatic al unor evenimente specifice. Instrumentul are trei subscale specifice, care corespund celor trei categorii de simptome definitorii pentru PTSD: reexperienţierea evenimentelor traumatice(7 itemi), evitarea(7 itemi), starea de alertă fiziologică(6 itemi). Fiecare item are asociată o scală de răspuns de tip Likert cu 5 puncte (0-4). Cei 22 de itemi permit evaluarea globală a severităţii simptomelor, prin calcularea unui scor total, cât şi evaluarea diferenţiată a categoriilor de simptome specifice. În privinţa capacităţii diagnostice a instrumentului, Creamer, Bell & Failla (2003) au calculat un prag optimal de 33, care a furnizat cea mai adecvată putere de discriminare între pacienţii cu PTSD şi cei cu PTSD de nivel subclinic. Consistenţa internă a IES-R pentru eşantionul prezent a fost adecvată (= 0,89).

(2). Inventarul dezvoltării postraumatice (PTGI; Tedeschi & Calhoun, 1996), a fost utilizat pentru evaluarea creşterii postraumatice în cinci domenii distincte: relaţiile cu ceilalţi(7 itemi, de exemplu: „ Am învăţat cât de minunaţi sunt oamenii."); noi posibilităţi (5 itemi, „ Am dat o nouă direcţie vieţii mele."); puterea personală(4 itemi, „Am descoperit că sunt mai puternic decât credeam că sunt.") ; îmbogăţirea spirituală (2 itemi , „Mi-am întărit credinţa religioasă") şi aprecierea vieţii (3 itemi :„Îmi consider viaţa mult mai valoroasă"). Răspunsurile sunt evaluate pe o scală Likert cu 6 puncte, în care 0 semnifică „Nu am experienţiat deloc această schimbare în urma experienţei incidentelor PST", iar 5 semnifică „Am experienţiat schimbarea aceasta foarte puternic ca urmare a implicării în incidentele PST". Scala permite calcularea unui index total al schimbărilor, prin adunarea rezultatelor celor cinci factori specifici. Coeficientul Alpha Crombach pentru scala globală în eşantionul prezent a fost de 0,77, demonstrînd o consistenţă internă adecvată, atât pentru scala globală, cât şi pentru subscale (= 0,74 - 0,88).

(3). Scala schimbărilor bi-direcţionale (B-CIBS; Hiskey, Troop & Joseph, 2006) a fost utilizată pentru a identifica caracterul negativ sau pozitiv al schimbărilor raportate ca şi consecinţă a implicării în incidentele PST. în patru domenii specifice: fiziologic, social, personal şi existenţial, ale funcţionării psihologice. Itemii chestionarului sunt construiţi ca scale diferenţiale semantice, cu 10 puncte pentru fiecare schimbare, evaluată bipolar (de exemplu „Am devenit mai furios/mai puţin furios", „Îmi exprim emoţiile mai des/ mai rar"). Scorurile din mijloc indică astfel o amploare mai scăzută a schimbărilor raportate, sau absenţa acestora, în timp ce, pe măsură ce te apropii de unul din punctele-ancoră, schimbarea capătă un caracter marcant, fie pozitiv (1), fie negativ (10). Scorurile se bazează pe suma medie a răspunsurilor, scala permiţînd calcularea unui scor global al schimbării negative, prin includerea tuturor celor 20 de itemi, sau calcularea schimbărilor la cele patru nivele identificate ca şi componente distincte ale scalei: schimbări fiziologice (5 itemi), modificarea la nivel personal (5 itemi), modificarea la nivel social (5 itemi) şi schimbări existenţiale (5 itemi). În eşantionul inclus în studiu, am obţinut o valoare adecvată a coeficientului Alpha Crombach, atât pentru scala globală (0,80), cât şi pentru cele patru subscale (= 0,78 - 0,93).

(4). Chestionarul demografic cu datele de identificare pentru fiecare participant, vârsta, vechimea profesională, numărul incidentelor PST avute, caracteristici ale acestora: recenţă, frecvenţă, severitate, etc.

3.3. Procedură

Completarea chestionarelor a fost realizată în grupe de câte 10, 20 de mecanici de locomotivă, în timpul şedinţelor lunare de şcoală a personalului. Pentru a asigura obiectivitate în raportarea rezultatelor, completarea chestionarelor s-a făcut pe bază de voluntariat şi în condiţii de anonimat. În fiecare grup, aplicarea chestionarelor şi explicaţiile aferente a durat în medie 45 de minute.
Pentru analiza datelor am utilizat programul statistic SPSS. Pe lângă calcularea consistenţei interne a scalelor şi subscalelor utilizate, am evaluat distribuţia datelor obţinute, utilizînd testul Kolmogorov-Smirnov. Distribuşia simetrică a datelor obţinute a recomandat utilizarea metodelor parametrice de analiză pentru verificarea ipotezelor cercetării. Semnificaţia statistică a fost stabilită la pragul de $p < 0,05$.
Variabilele demografice, vârsta şi recenţa incidentelor PST nu au fost semnificativ asociate cu schimbările postraumatice raportate, fiind excluse din analizele ulterioare.

4. REZULTATE

4.1. Evaluarea consecinţelor psihologice ale incidentelor PST raportate de mecanici

Deşi frecvenţa incidentelor PST în eşantionul investigat este destul de mare, rezultatele obţinute susţin o prevalenţă redusă a simptomelor de PTSD. Numai 12,41% (16 dintre cei 129 de mecanici) au raportat un nivel semnificativ al simptomelor de PTSD, obţinînd un scor peste valoarea prag stabilită pentru IES-R.
În corespondenţă cu cercetările din literatură privind efectele traumei, mecanicii de locomotivă au raportat dezvoltarea postraumatică în urma expunerii la incidentele PST. În studiul actual. rezultatele au fost asociate negativ semnificativ cu simptomele de PTSD raportate (r= - 0,44**; p < 0,01). Este necesară interpretarea cu precauţie a acestui rezultat. În primul rând, pentru că a existat un interval de timp inegal între

confruntările traumatice raportate şi evaluarea acestor schimbări, ceea ce face imposibilă stabilirea unui context temporal al procesului de adaptare posttraumatic care să se aplice tuturor mecanicilor implicaţi în cercetare. În al doilea rând, răspunsurile ar putea fi alterate datorită evaluării subiective a simptomelor, în mediul de muncă al participanţilor la studiu. Teama de a nu fi considerat vulnerabil, de a fi evaluat prin prisma capacităţii de a performa adecvat la locul de muncă poate să fi diminuat nivelul de distres traumatic raportat de mecanici, chiar şi în condiţiile de anonimat. Este necesară aşadar replicarea acestor rezultate în alte eşantioane pentru a putea avea mai multă încredere în rezultatele obţinute.Totuşi, este important să subliniem faptul că, pe baza rezultatelor obţinute, mecanicii de locomotivă raportează fenomenul dezvoltării posttraumatice, ca urmare a expunerii la incidentele PST, confirmînd aşadar un proces de adaptare la traumă. Rezultatele obţinute confirmă ipoteza privind schimbările asociate cu aceste incidente traumatice pentru mecanicii de locomotivă. Consecinţele psihologice ale traumei implică atât modificări negative, cât şi pozitive, în diferite domenii ale funcţionării generale. Mecanicii raportează modificări semnificative ale orientării anterioare la nivel fiziologic, social, personal şi existenţial. Conform autorilor instrumentului de evaluare utilizat (Hiskey, Troop & Joseph, 2006), schimbările în orientarea fiziologică includ dificultăţi de ordin fizic, sau fiziologic specifice unui stres pronunţat, cum sunt muşchii tensionaţi sau problemele de somn. Schimbările sociale implică diferenţe în modul de relaţionare al individuluişi de asemenea în modul în care acesta îşi exprimă emoţiile şi gândurile. Modificarea la nivel personal este asociată cu nivelul de încredere pe care persoana îl are în propriile puteri, dacă se simte capabil, pregătit pentru provocări, în urma supravieţuirii traumei. Modificarea orientării existenţiale se referă la nivelul perceput de serenintate, de împăcare cu situaţia şi modul cum se reflectă comportamwntal această stare (de exemplu, dacă persoana este iritabilă, se supără mai uşor ca înainte, devine furioasă, sau dimpotrivă, aceasta a dobândit o atitudine calmă, serenă, în urma supravieţuirii traumei).

Schimbările de natură pozitivă şi negativă care au fost cel mai frecvent raportate de mecanicii de locomotivă, sunt evidenţiate în Tabelul 1, în funcţie de cele patru nivele ale subscalei B-CIBS.

Un fapt interesant, care a contrazis aşteptările noastre, în eşantionul actual, a fost raportarea preponderentă a schimbărilor de natură pozitivă fata de schimbările negative percepute.

Tabel 1. Cele mai frecvent raportate schimbări din cele patru nivele investigate cu B-CIBS

Schimbări pozitive	*Nivele ale schimbării*	*Schimbări negative*
„Am mai multă energie ca înainte."	Fiziologic	*„Am dificultăţi în ceea ce priveşte somnul"*
„Mă simt mai capabil"	Personal	*„ Mental, mă simt mai puţin pregătit."*
„Apreciez mai mult persoanele din jurul meu."	Social	*„Acum, îmi exprim mai rar emoţiile."*
„Am devenit mai agreabil."	Existential	*„Gândurile mele sunt mai violente ca înainte"*

În urma recodării variabilelor, pentru a obţine două seturi de date independente pentru schimbările negative şi pozitive, am putut evalua semnificaţia diferenţelor dintre cele două seturi de schimbări raportate, cu ajutorul testului Student, pentru eşantioane perechi. Diferenţele între mediile schimbărilor pozitive versus negative pe cele patru nivele ale funcţionării psihologice şi scorurile globale sunt prezentate în Tabelul 2. Rezultatele obţinute ne-au confirmat observaţiile iniţiale. Media schimbărilor pozitive este semnificativ mai mare ca cea a schimbărilor negative pentru toate nivelele cuprinse în investigaţie.

Dat fiind că acesta este primul studiu care investighează atât efectele negative cât şi cele pozitive ale incidentelor PST asupra mecanicilor de locomotivă, aceste rezultate surprinzătoare necesită o replicare. O explicaţie posibilă a acestor date este ca ele să fie influenţate de contextul cercetării, mecanicii fiind constrânşi să raporteze schimbări negative reduse, pentru a-ţi proteja imaginea privind capacitatea de a avea o performa adecvat la locul de muncă. O altă explicaţie plauzibilă este este aceea că perceperea incidentelor PST ca risc specific asociat locului de muncă să ofere perspectivă mecanicilor. Acceptarea acestor experienţe extreme ca parte a rolului ocupaţional, îi poate ajuta pe mecanici să-şi canalizeze eforturile de adaptare spre identificarea unor modalităţi pozitive de a asimila şi a găsi semnificaţie pentru accidentele suferite, în acceaşi manieră în care pompierii, poliţiştii, medicii dobândesc în timp o toleranţă crescută faţă de situaţiile extreme cu care se confruntă la locul de muncă.

Tabel 2 Diferenţe între schimbările pozitive şi negative raportate la diferite nivele ale funcţionării

B-cibs nivele	*Schimbări pozitive*	*Schimbări negative*	*t*	*p*
Schimbare la nivel fiziologic	M 9.58 St.dev.5,06	M 1,77 St. dev. 3.20	12,72	0.00
Schimbare la nivel personal	M 9.72 St.dev.5,00	M 4,14 St. dev. 3.12	10.73	0,00
Schimbare la nivel social	M 12.13 St.dev.5,42	M 0,96 St. dev. 2,08	20,23	0,00
Schimbare la nivel existential	M 10.00 St.dev.5,80	M 2,04 St. dev. 3,58	11,16	0.00
Schimbare la nivel global	M 41.44 St.dev.16.01	M 7,54 St. dev. 9.42	18.15	0,00

Evaluarea schimbărilor atât negative, cât şi pozitive asociate cu trauma datorată incidentelor PST dobândeşte relevanţă clinică în asociere cu dezvoltarea reacţiilor psihopatologice la traumă, mai ales a simptomelor specifice PTSD. De aceea, este relavantă evidenţierea relaţiilor dintre schimbările raportate de mecanici şi simptomele specifice PTSD. De asemenea, este important să evidenţiem care sunt relaţiile dintre aceste schimbări şi dezvoltarea postraumatică, pentru a putea avea o imagine comprehensivă asupra procesului de adaptare în cazul confruntării cu incidentele PST.

BCU "ASIETTY UNIVERSITY LIBRARY

4.2. Evaluarea relaţiei dintre schimbările asociate cu experienţa traumatică a incidentelor PST şi simptomele de PTSD raportate de mecanici.

Schimbările asociate cu experienţa incidentelor PST au evidenţiat relaţii puternice, semnificative cu ambele tipri de reacţii psihologice specificate în literatura de specialitate ca şi consecinţe ale traumei : PTSD şi PTG.

4.2.1. Schimbări postraumatice şi simptomele tulburării de stres postraumatic

Tabelul 3 sintetizează datele privind relaţiile de asociere între schimbările raportate de mecanicii expuşi la incidente PST şi simptomele specifice tulburării de stres posttraumatic. Modificările raportate la orice nivel al funcţionării psihologice sunt asociate pozitiv, semnificativ cu prezenţa simptomelor de PTSD. Mecanicii care raportează schimbări negative pronunţate în urma acestor incidente, raportează de asemenea mai multe simptome specifice PTSD.

Am investigat ulterior corelaţiile între schimbările raportate şi cele trei categorii specifice pentru tulburarea de stres postraumatic. Am identificat cea mai puternică asociere între schimbările de natură fiziologică şi simptomele privind starea de alertă fiziologică (r= 0,52**, p<0,01). Relaţia dintre cele două nu este surprinzătoare dat fiind conţinutul similar al itemilor celor două subscale.

Tabel 3 Coeficienţi de corelaţie între schimbările raportate şi simptomele specifice PTSD (N=129)

Coef. corel. Pearson N= 129	Schimbare fiziologică	Schimbare socială	Schimbare existentială	Schimbare personală	Schimbare globală	M	St.d.
PTSD	0, 52**	0,39**	0.38**	0,29**	0.57**	15,61	9,89
Simptome intruzive	0,41**	0,29**	0. 36**	0,20*	0,46**	4,65	3,55
Evitare	0,45**	0,36**	0,35**	0,28**	0,52**	7,03	3,01
Stare de hipervigilenţă	0,52**	0,38**	0,27**	0,27**	0.52**	3,49	4,60
M	15,12	15,48	16,15	15,00	62,73		
St.d.	8.96	7.62	8.66	8.53	24.47		

** Corelatia este semnificativă la nivel 0, 01
* Corelatia este semnificativă la nivel 0,05

4.2.2. Schimbări postraumatice şi dezvoltare postraumatică

După cum se poate observa în Tabelul 4. apare o relaţie de asociere negativă, semnificativă între ariile în care sunt raportate schimbări negative pronunţate şi factorii dezvoltării postraumatice.

Este interesantă tendinţa datelor. Toate corelaţiile obţinute între schimbările raportate şi dezvoltarea posttraumatică sunt negative. Astfel, schimbările negative mai pronunţate în domenii specifice, sunt asociate cu un grad mai crescut al dezvoltării postraumatice raportate.

Majoritatea coeficienţilor au valori moderate, numai câteva dintre corelaţii sunt reprezentate la nivel semnificativ. Cele mai puternice relaţii identificate în eşantion sunt cele dintre schimbările existenţiale şi toate scalele PTGI, în special, aprecierea vieţii (r= - 0,68**, p<0,01) şi îmbogăţirea spirituală (r= - 0,64**, p<0,01). Ne putem aştepta aşadar, ca persoanele care raportează schimbări negative la nivel existenţial, să raporteze şi un nivel mai scăzut de dezvoltare postraumatică, în special în ceea ce priveşte îmbogăţirea spirituală şi aprecierea vieţii.

Tabel 4 Coeficienţi de corelaţie între schimbările postraumatice şi dezvoltarea postraumatică

Coef. corel. Pearson (N= 129)	Schimbare fiziologică	Schimbare socială	Schimbare existentială	Schimbare personală	Schimbare globală	M	St.d.
PTGI	- 0,37**	-0,38**	-0,65**	- 0,23**	- 0,64**	27,20	9,25
Aprecierea relaţiilor	- 0.26**	-0.35**	-0.60**	- 0,06	- 0.46**	9,03	4,09
Noi oportunităţi	- 0,24**	-0.31**	-0.19*	- 0,15	- 0,32**	2,50	1,81
Putere personală	-0,29**	-0.17*	-0,54**	- 0,21*	- 0,44**	4,27	1,68
Îmbogăţire spirituală	-0.24**	-0.17*	-0.64**	- 0.22*	- 0.47**	4.05	2.00
Aprecierea vieţii	-0.28**	-0.27*	-0.68**	- 0,24**	- 0.54**	7.33	3,26
M	15,12	15,48	16.15	15,00	62.73		
St.d.	8,96	7.62	8.66	8.53	24.47		

** Corelatia este semnificativă la nivel 0. 01
* Corelatia este semnificativă la nivel 0.05

5. CONCLUZII

Datorită expunerii frecvente la incidente traumatice pe calea ferată, mecanicii de locomotivă sunt predispuşi să dezvolte reacţii acute de stres. Cronicizarea acestor simptome le poate afecta semnificativ performanţa în muncă şi calitatea vieţii. Studiul prezent susţine că, în concordanţă cu recomandările actuale privind cercetarea în domeniul psihotraumatologiei (Tedeschi & Calhoun, 2004; Joseph & Linley, 2005) este relevantă şi investigarea schimbărilor pozitive asociate cu experienţele traumatice la locul de muncă.

Rezultatele obţinute arată că mecanicii de locomotivă implicaţi în accidente PST, raportează atât modificări pozitive cât şi negative, ulterioare acestor experienţe

traumatice. În plus, aceste schimbări sunt semnificativ asociate cu reacţii postraumatice specifice, ca simptomele de stres posttraumatic, dar şi fenomenul dezvoltării postraumatice. Expunerea frecventă şi repetitivă a mecanicilor de locomotivă la evenimentele traumatice PST are aşadar consecinţe importante, care afectează sănătatea şi calitatea vieţii acestor profesionişti, în plan fiziologic, social, personal, existenţial.

Faptul că mecanicii de locomotivă raportează predominant schimbări pozitive, în urma evenimentelor PST, trebuie interpretat cu precauţie, necesitînd investigaţii suplimentare. Noi studii ar trebui să ia în considerare alţi factori relevanţi care influenţează reacţiile traumatice, cum ar fi variabilele contextuale: severitatea traumei, recenţa acesteia, frecvenţa expunerii la incidente PST, cât şi variabile de ordin personal, diferenţe interindividuale cu rol determinant în procesul de adaptare postraumatic.

Recunoaşterea schimbărilor benefice în urma adaptării la traumă oferă o imagine mai cuprinzătoare a confruntării cu evenimentele adverse, având implicaţii în ceea ce priveşte tratamentul tulburărilor cauzate de acestea. Dacă schimbările pozitive în toate cele patru domenii de funcţionare psihologică investigate se asociază cu scăderea numărului de simptome specifice PTSD raportate, este recomandabilă recunoaşterea şi facilitarea acestora, în cadrul planurilor de tratament pentru simptomele postraumatice, în încercarea de a uşura procesul de adaptare ulterior traumei (Hiskey, Troop & Joseph, 2006).

Din punct de vedere teoretic, rezultatele arată că este necesară considerarea reacţiilor la evenimente traumatice, cum ar fi incidentele PST, dincolo de disfuncţie şi suferinţă. Deşi toţi mecanicii de locomotivă sunt expuşi la riscul accidentelor PST, prevalenţa PTSD în această populaţie este redusă. Acest rezultat nu contrazice datele evidenţiate de studiile din alte ţări, în general prevalenţa simptomelor PTSD raportată în urma incidentelor PST este redusă (Lunt & Hartley, 2004). În loc de a evalua numai simptomele specifice şi formele de psihopatologie posttraumatică, este benefică evaluarea simultană a modificărilor pe care aceste accidente le determină la nivel subiectiv, pentru toţi mecanicii de locomotivă, pentru a facilita eforturile adecvate de adaptare şi a optimiza procesul de reajustare.

Din punct de vedere practic, rezultatele sugerează nevoia de a investiga cu atenţie şi abordarea reacţiilor posttraumatice la incidente PST pentru mecanicii de tren. Informaţii despre schimbările pozitive şi facilitarea dezvoltării posttraumatice, după întâlnirea traumatică, pot fi folosite pentru a consolida programele de conştientizare a traumei, strategiile de prevenţie specifice şi alte strategii de tratament pentru mecanicii de tren. Este necesară dezvoltarea metodelor celor mai eficiente pentru screening şi evaluarea riscului de apariţie a simptomelor PTSD şi a altor modificări asociate. Chestionarul modificărilor bi-direcţionale în urma traumei este un instrument util, datorită relaţiilor semnificative identificate între schimbările specifice raportate şi simptomele specifice PTSD, respectiv PTG. Avantajele utilizării sale în screening pentru potenţiale simptome şi dificultăţi în adaptarea la traumă, constau în faptul că evaluează simultan atât modificările pozitive, cât şi cele negative asociate cu evenimentul traumatic, economisind timp, fiind uşor de înţeles, de completat, de cotat şi interpretat. Studii suplimentare ar trebui să determine capacitatea de predicţie a instrumentului privind simptomele de PTSD şi capacitatea de discriminare diagnostică a acestuia.

Printre contribuţiile studiului prezent se numără faptul că este primul studiu care include investigarea schimbărilor pozitive, alături de cele negative în raport cu incidentele PST pentru personalul de pe locomotivă. De asemenea, studiul se numără printre puţinele cercetări care evaluează capacitatea traumei produse de accidentele de muncă de a facilita şi schimbări pozitive de către persoanele implicate. Există, însă şi unele limite ale studiului pe care trebuie să le luăm în considerare în interpretarea rezultatelor. În primul rând, utilizarea unui design transversal, ne împiedică să tragem concluzii cu privire la cauzalitatea asociaţiilor investigate. În al doilea rând, în studiul efectuat, ne-am bazat exclusiv pe date subiective, colectate retroactiv, ceea ce a determinat intervale de timp inegale de la traumă pentru fiecare mecanic. Rezultatele pot fi influenţate şi de exactitatea cu care mecanicii îşi amintesc trauma. De asemenea, rezultatele ar putea fi influenţate datorită contextului de evaluare. Deşi participanţii au fost asiguraţi de anonimat, completarea chestionarelor în mediul de muncă, ar fi putut influenţa raportarea schimbărilor negative asociate cu incidentele suferite.

Ţinînd cont de aceste limite, rezultatele noastre evidenţiază modificări semnificative în diferite domenii de funcţionare psihologică, cum ar fi orientarea fiziologică, socială, personală şi existenţială, pentru mecanicii de locomotivă, ca urmare a experienţei accidentelor PST. În conformitate cu cercetările anterioare, caracterul preponderent pozitiv al acestor schimbări raportate, se dovedeşte relevant în procesul de adaptare postraumatic. Este necesară aşadar explorarea şi includerea lor în strategiile de prevenţie şi intervenţie psihologică destinate populaţiei investigate.

6. BIBLIOGRAFIE

Bonanno G.A.,Brewin C.R., Kaniasty, K., & La Greca A.M. (2010) Weighing the Costs of Disaster: Consequences, Risks, and Resilience in Individuals, Families, and Communities, *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1) 1–49

Butler LD, Blasey CM, Garlan RW, McCaslin SE, Azarow J, Chen XA, Desjardins, J.C., DiMiceli, S.,Seagraves, D.A., Hastings, T.A.,Kraemer, H.C. & Spiegel, D. (2005) Posttraumatic growth following the terrorist attacks of September 11, 2001: Cognitive, coping, and trauma symptom predictors in an internet convenience sample, *Traumatology, vol. 11,4, 247-267*

Carver, C. S., & Antoni, M. H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology, 23,* 595–598.

Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth

following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology, 20,* 176–185.

Cothereau C., De Beaurepaire C., Payan C., Cambou J.P., Rouillon F. & Conso F. (2004): Professional and medical outcomes for French train drivers after "person under train"accidents: three year follow up study, *Occupational and Environmental Medicine,* 1; 61(6): 488 - 494.

Creamer, M., Bell, R. & Failla, S. (2003)Psychometric properties of the Impact of Event Scale—Revised , *Behaviour Research and Therapy*, 41(12) : 1489-1496

Davey, J., Wallace, A., Stenson, N., & Freeman, J. (2008). The experiences and perceptions of heavy vehicle drivers and train drivers of dangers at railway level crossings. *Accident Analysis & Prevention*, *40*(3), 1217-1222

Farmer, R., Tranah T., O'Donnell I., Catalan J.(1992) Railway suicide: the psychological effects on drivers, *Psychological Medicine* , 22, 2, 407-414

Grubaugh AL, Resick PR.(2007) Posttraumatic growth in treatment-seeking female assault victims. *Psychiatric Quarterly*, 78, 2, 145–155

Hiskey S., Troop N.A., Joseph S. (2006): The Conceptualisation and Development of a Bi-Directional Measure of Changes in Being Following Adversity, *Traumatology; 12; 25*

Joseph, S & Linley, P.A. (2005) Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity, *Review of General Psychology,* 9(3), 262-280

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post- traumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and its treatment.* Chichester, England: Wiley.

Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1993). Changes in outlook following disaster: The preliminary development of a measure to assess positive and negative responses, *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 271-279.

Kleim, B., Ehlers, A.(2009) Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and PTSD in assault survivors, *Journal of Traumatic Stress,* 22(1): 45-52.

Lechner S, Antoni M.H, Carver, C.S. (2006) Curvilinear associations between benefit finding and psychosocial adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,74:828–840*

Lunt, J., Hartley R. (2004) Literature Review of Post Traumatic Stress Disorder Amongst Rail Workers. WPS/04/12. Health and Safety Laboratory.

McFarlane, A.C. & Bryant, R.A. (2007) Post-traumatic stress disorder in occupational settings: anticipating and managing the risk, *Occupational Medicine*, 57(6):404-410

Nuttman-Shwartz, O., Dekel R., Tuval-Mashiach R. (2010) Post-Traumatic Stress and Growth following Forced Relocation, *British Journal of Social Work,1, 43-59*

Park, C. L., & Fenster, J. R. (2004). Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23,* 195-215.

Rombom, H.M.(2005) Death on the New York's subways and buses : a survey of the psychological response of New York city transit workers, Behavioral Medicine Associates, www.behavmed.com/articles/12-9/pdf

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 455-467

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*, 1–18

Theorell T., Leymann H., Jodko M., Konarski K., Norbeck H.E., Eneroth P.(1992): "Person under train" incidents: medical consequences for subway drivers, *Psychosomatic Medicine, Vol 54, Issue 4 480-488*

Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology, 23,* 16-23.

Vatshelle, A.,Moen, B.E (1997) Serious on-the-track accidents experienced by train drivers: psychological reactions and long-term health effects *Journal of Psychosomatic Research,* 42(1):43-52.

Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised; în J. Wilson J. & Keane T.M. (Ed.) Assesing psychological trauma and PTSD, 399-411. New York: Guilford.

Yum B.S., Roh, H., Ryu J.C.,Won, J.U., Kim C.N.,Lee J.E., Kim, K.Y. (2006) Symptoms of PTSD according to individual and work environment characteristics of Korean railroad drivers with experience of person-under-train accidents, *Journal of Psychosomatic Research*, (5):691-717.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Conferință Internațională (ediția a cincea)
CERCETAREA MODERNĂ IN PSIHOLOGIE: CERCETĂRI CANTITATIVE VS. CERCETĂRI CALITATIVE ÎN STIINȚELE SOCIALE, EDUCAȚIE ȘI SĂNĂTATE
25-27 mai 2012, Sibiu, România

ISBN 978-606-591-620-3

www.editurauniversitara.ro